



Universidade Nova de Lisboa
Escola Nacional de Saúde Pública

XI Curso de Mestrado em Gestão da Saúde

A satisfação dos familiares dos utentes internados em
Unidades de Cuidados Continuados Integrados de Média
Duração e Reabilitação
Desenvolvimento e validação de um instrumento de pesquisa

Natacha Oliveira Martins da Silva

Lisboa

Outubro, 2017

**A satisfação dos familiares dos utentes internados em
Unidades de Cuidados Continuados Integrados de Média
Duração e Reabilitação
Desenvolvimento e validação de um instrumento de pesquisa**

Natacha Oliveira Martins da Silva

Orientadores:

Professor Doutor Fernando Leal da Costa

Professor Doutor Paulo Boto

**Dissertação para obtenção do grau de mestre em Gestão da Saúde, pela Escola
Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa**

Agradecimentos

Queria dirigir o meu agradecimento aos meus orientadores, Professor Doutor Fernando Leal da Costa e Professor Doutor Paulo Boto, pela orientação, disponibilidade e esclarecimento de dúvidas.

Ao Professor Pedro Aguiar e à Professora Ana Rita Goes pela disponibilidade, atenção e compreensão.

Às Unidades de Cuidados Continuados da Santa Casa da Misericórdia de Figueiró dos Vinhos, da Santa Casa da Misericórdia da Batalha, da Santa Casa da Misericórdia de Leiria e ao Hospital da Mealhada por autorizarem a minha investigação tornando-a possível de realizar.

A todos os familiares dos utentes internados nas Unidades acima referidas, o meu obrigada por fazerem parte da minha investigação, partilhando não só a sua satisfação, como a confiança depositada na partilha de preocupações e boas recordações.

À secretária de curso – Maria Manuela Santos, às técnicas da biblioteca – Arminda Vitória e Cristina Vigário e à Dra. Isabel Andrade, pela ajuda, o apoio e incentivo.

Aos meus pais, Carlos e Ana, um especial obrigada por todo o apoio, motivação, ajuda e por estarem sempre lá para mim.

Ao meu irmão e amigo, Afonso.

Ao meu companheiro e amigo Miguel Domingues que independentemente dos altos e baixos que esteve sempre ao meu lado.

Um muito obrigada à minha melhor amiga, Filipa Sousa companheira nos bons e maus momentos.

À minha madrastra, Nélia Gomes, pelo apoio, conselhos e orientações.

À minha família em geral.

Onde quer que estejas, avó Isabel Martins, um muito obrigado por tudo o que fizeste e fazes por mim.

Resumo

Introdução: Com a importância crescente de melhorar a qualidade dos cuidados e centrar o sistema de saúde no cidadão, é essencial a sua colaboração com as partes interessadas através da avaliação da satisfação. As UCCI-MDR integram a RNCCI desenvolvida com o objetivo de prestar cuidados continuados integrados a pessoas dependentes, independentemente da idade. Contudo uma população mais envelhecida é quem, maioritariamente, usufrui da Rede. Este estudo tem como objetivo o desenvolvimento de um instrumento de pesquisa, e a sua validação através da análise da precisão e exatidão.

Metodologia: A metodologia de investigação adotada pressupõe uma abordagem quantitativa, de natureza exploratória, recorrendo ao método de questionário por autoadministração e por entrevista. Das 9 unidades contactadas 4 colaboraram com o presente projeto tendo sido obtida uma amostra total $n=41$, à exceção do teste-reteste ($n=31$). Para proceder à validação do questionário avaliou-se, através de métodos estatísticos a precisão e a exatidão.

Resultados: A amostra caracteriza-se por uma população feminina, com idade média de 59,34 anos e o principal grau de parentesco é filho/a. No que respeita à exatidão o instrumento foi validado por peritos quanto ao conteúdo, não tendo sido possível obter resultados conclusivos quanto à validação de critério. Respetivamente à precisão obteve-se uma consistência interna muito boa com um alfa de Cronbach = 0,938, para o total dos itens. Quanto ao teste-reteste os resultados variam entre 0,649 e 0,783 na análise do ICC e no teste *t-student*, à exceção de uma dimensão não existem diferenças estaticamente significativas nas médias entre o teste e o reteste.

Conclusão: Apesar das limitações do subjacentes à investigação, o instrumento de pesquisa desenvolvido é preciso, pois apresenta uma consistência interna muito boa e estabilidade temporal pelo teste-reteste. É também validado quando ao conteúdo, mas não quanto ao critério e quanto ao constructo.

Palavras-chave: Satisfação; Satisfação dos familiares; Cuidados Continuados Integrados; RNCCI; Envelhecimento; Instrumento de pesquisa; Precisão e Exatidão.

Abstract

Background: With the growing importance of improving the quality of care and focusing the health system on the citizen, collaboration with *stakeholders* through satisfaction assessment is essential. The UCCI-MDR integrates the RNCCI developed with the objective of providing long-term care to people with functional limitations and chronic conditions, regardless of age. However, a population that is older is the one who, mostly, enjoys the system. This study aims at the development of a research instrument, and its validation through the analysis of validity and reliability.

Methodology: The research methodology adopted presupposes a quantitative approach, of an exploratory nature, using the questionnaire method by self-administration and by interview. Of the 9 units contacted 4 collaborated with the present project, obtaining a total sample $n = 41$, except for the test-retest ($n = 31$). To validate the questionnaire, statistical methods were used to evaluate the validity and reliability.

Results: The sample is characterized by a female population, with a mean age of 59.34 years and the main degree of kinship is child. About validity, the instrument was validated by experts on the content, and it was not possible to obtain conclusive results regarding the validation of the criterion. Regarding the precision, a very good internal consistency was obtained with a Cronbach's $\alpha = 0.938$, for the total of the items. Regarding the test-retest the results vary between 0,649 e 0,783 in the ICC analysis and in the *t-student* test, except for one dimension, there are no statistically significant differences in the means between test and retest.

Conclusion: Despite the limitations of the underlying research, the research instrument developed is reliable, since it presents a very good internal consistency and temporal stability by the test-retest. It is also validated when in content, but not in terms of criteria and construct.

Keywords: Satisfaction; Family satisfaction; Long-term care; RNCCI; Aging; Research instrument; Validity and reliability

Índice

Agradecimentos.....	i
Resumo	ii
Abstract	iii
Índice.....	iv
Índice de abreviaturas.....	vii
Índice de Figuras	viii
Índice de Tabelas	ix
Capítulo 1	1
Introdução.....	2
Capítulo 2	4
Enquadramento teórico.....	5
Satisfação.....	5
A qualidade.....	7
Porquê medir a satisfação?	8
Familiares ou utentes? A quem dirigir o questionário?.....	10
Cuidados continuados	11
Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.....	12
Tipos de unidades de internamento	14
Unidades de Convalescença (UC)	14
Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR).....	15
Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM)	15
Envelhecimento	17
Instrumento de pesquisa.....	19
Exatidão e precisão de um instrumento de pesquisa	20
Exatidão	21
Validade de conteúdo.....	21
Validade de critério	21

Validade de constructo.....	22
Precisão	23
Teste reteste	23
Alfa de Cronbach	24
Correlação inter-itens.....	25
Justificação do tema, questão de investigação e objetivos	26
Capítulo 3	28
Metodologia	29
Desenho do estudo.....	29
Definição da Amostra.....	30
População, Amostra	30
Obtenção da amostra.....	30
Dimensão amostral	31
Questões éticas	32
Anonimato e confidencialidade.....	32
Instrumento de recolha de dados.....	33
Construção do questionário.....	33
Conceptualização – Identificação das dimensões	34
Desenho do questionário – Desenvolvimento dos itens	34
A escala	35
Painel de peritos	35
Pré-teste	36
Aplicação do questionário	36
Critérios de exclusão dos questionários	37
Apresentação das variáveis	38
Variáveis de caracterização da amostra.....	38
Variáveis do questionário de satisfação	39
Procedimento de análise estatística.....	41

Análise descritiva.....	42
Distribuição de frequências	42
Medidas de tendência central.....	42
Análise da validade da escala.....	42
Exatidão	42
Precisão	43
Capítulo 4	46
Apresentação de Resultados	47
Análise descritiva.....	47
Análise da validade da escala.....	56
Capítulo 5	69
Discussão de resultados.....	70
Capítulo 6	75
Conclusão.....	76
Referências Bibliográficas	79
Anexos	I
Anexo I – Questionário	II
Anexo II –Teste não paramétrico	V
Anexo III –Teste paramétrico (amostras independentes)	VI
Anexo IV –Teste paramétrico (amostras emparelhadas)	VII

Índice de abreviaturas

ARS-LVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CCI – Cuidados Continuados Integrados

CC – Cuidados continuados

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EGAS – Equipas de Gestão de Altas

EUA – Estados Unidos da América

ICC – Intraclass Correlation

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SPSS – *Statistical Package for the Social Scienses*

UC – Unidade de Convalescença

UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados

UCCI-MDR – Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Média Duração e Reabilitação

UCCI-LDM – Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Longa Duração e Manutenção

ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

Índice de Figuras

Figura 1 – Equipas e unidades que constituem a RNCCI	14
Figura 2 – Esquema do processo e técnicas de validação.....	20
Figura 3 – Distribuição da amostra pelas unidades de cuidados continuados.....	31
Figura 4 – Representação esquemática do processo de validação utilizado (elaboração própria)	41

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Fatores determinantes da qualidade hospitalar (Silva, 2013 citando Brent Jacobsen).....	6
Tabela 2 – Critérios de classificação da correlação	24
Tabela 3 – Variação do alfa de Cronbach	24
Tabela 4 – Variáveis de caracterização da amostra.....	38
Tabela 5 – Variáveis do questionário de satisfação	40
Tabela 6 – Pares analisados através do teste t-Student para amostras emparelhadas.	44
Tabela 7 – Tabela de medidas de tendência central da variável idade.	47
Tabela 8 - Tabela de distribuição de frequências das variáveis sexo, escolaridade e grau de parentesco	48
Tabela 9 – Tabela de frequências por itens na dimensão “Instalações e ambiente” ...	49
Tabela 10 – Tabela de estatística descritiva do score total da dimensão “Instalações e ambiente”	49
Tabela 11 – Tabela de frequências dos itens na dimensão “Profissionais de saúde” ..	50
Tabela 12 – Tabela de estatística descritiva do score total da dimensão “Profissionais de saúde”	51
Tabela 13 – Tabela de frequências por itens da dimensão “Cuidados”	52
Tabela 14 – Tabela de estatística descritiva do score total da dimensão “Cuidados” ..	52
Tabela 15 –Tabela de frequências por itens da dimensão “Informações”	53
Tabela 16 - Tabela de estatística descritiva do score total da dimensão “Informações”	53
Tabela 17 – Tabela de frequências dos itens da dimensão “Refeições”	54
Tabela 18 – Tabela de estatística descritiva do score total da dimensão “Refeições” .	55
Tabela 19 – Tabela de estatística descritiva do score total de todas as dimensões analisadas	55
Tabela 20 – Tabela de resultados do teste de Levene e do teste t para amostras independentes – sexo.....	57

Tabela 21 - Tabela de resultados do teste de Levene e do teste t para amostras independentes - idade	58
Tabela 22 – Tabela de resultados do teste de Levene e do teste t para amostras independentes - escolaridade	59
Tabela 23 - Resultados do teste t-student para amostras emparelhadas.....	61
Tabela 24 – Tabela de resultados do coeficiente de correlação intra-classe.....	63
Tabela 25 – Tabela representativa dos resultados obtidos de alfa de Cronbach.....	66
Tabela 26 - Resultados obtidos na correlação de Spearman (n=41).....	67

Capítulo 1

Introdução

Hoje em dia cada vez mais é reconhecida a importância de avaliar a satisfação. Esta avaliação tem como objetivo final a melhoria da qualidade dos serviços prestados. Segundo Grigoroudis e Siskos (2010), medir a satisfação dos consumidores é dos objetivos mais importantes de todos os tipos de organizações. Assim, também na saúde é reconhecida esta importância, o que se pode verificar pela quantidade e diversidade de estudos realizados por diversos autores nas mais diversas áreas. São exemplos de áreas com diversas investigações a satisfação com os Cuidados de Saúde Primários e com os Cuidados Hospitalares. Por outro lado, a área dos Cuidados Continuados ainda requer alguma atenção no que respeita à satisfação.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) foi criada em junho de 2006 pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, com o objetivo de prestar cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. Porém, sabe-se que a população que beneficia da Rede tem maioritariamente idade superior a 65 anos (Portugal. Ministerio da Saúde. ACSS, 2015). O facto de termos um crescente aumento da esperança média de vida, uma população envelhecida e consequentemente um aumento de doenças crónicas podem estar aqui implicados. Devido à possibilidade de alterações na perceção e capacidades dos utentes, considerou-se ser mais prudente avaliar o grau de satisfação dos familiares.

Posto isto, com a realização deste estudo pretende-se desenvolver um instrumento de pesquisa para avaliar a satisfação dos familiares dos utentes internados em unidades de cuidados continuados de média duração e reabilitação e validá-lo. Tendo em conta o objetivo, este projeto pretende responder à seguinte questão de investigação: “será que o questionário desenvolvido é válido para avaliar a satisfação dos familiares dos utentes internados em unidades de cuidados continuados de média duração e reabilitação das unidades da zona centro?”

Visto que o objetivo desta investigação consiste no desenvolvimento e validação de um instrumento de medida, o desenho de investigação tem uma natureza quantitativa, e o tipo de estudo é exploratório. Com vista a conferir a exatidão e precisão do instrumento pretende-se realizar uma análise estatística descritiva e inferencial.

Este projeto e investigação apresenta a seguinte estrutura.

O capítulo 1 – Introdução – tem como objetivo a apresentação do tema que se pretende estudar, através de uma breve justificação da sua relevância e pertinência para a atualidade bem como a abordagem metodológica planeada.

O capítulo 2 – Enquadramento teórico – consiste na revisão de literatura utilizada como base teórica do tema em estudo. Neste capítulo identificam-se, definem-se e desenvolvem-se os temas e conceitos que se pretendem estudar, desde a satisfação, à satisfação do consumidor, à qualidade, passando pelos cuidados continuados, pela Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e por fim o envelhecimento. É ainda apresentada a justificação do tema, a questão de investigação e os objetivos do estudo.

O capítulo 3 – Metodologia – consiste nos materiais e métodos utilizados para o desenvolvimento do presente projeto de investigação. Esta inclui o desenho do estudo, a definição da amostra que se pretende estudar, o instrumento de recolha de dados e os procedimentos para a sua elaboração, apresentação das variáveis e as técnicas utilizadas para o tratamento de dados.

O capítulo 4 – Apresentação dos resultados – como o nome indica destina-se à apresentação dos resultados obtidos pela análise estatística realizada, estatística descritiva e inferencial.

O capítulo 5 – Discussão dos resultados – é dedicado à discussão e interpretação dos resultados obtidos e apresentados no capítulo anterior com recurso à literatura analisada para a realização deste estudo.

Por último, o capítulo 6 – Conclusão – apresenta as conclusões resultantes da presente investigação, assim como as limitações sentidas e sugestões para futuras investigações.

Capítulo 2

Enquadramento teórico

Satisfação

Com recurso a um dicionário, podemos verificar que um dos significados de satisfação, é o contentamento. Contudo, a satisfação como conceito é subjetiva, depende de vários fatores, varia de pessoa para pessoa e para a qual não há apenas uma definição correta. Quando especificamos “satisfação do utente” vários autores concordam que este é um conceito mal definido por ser difícil de o definir e de descrever, mas no entanto bastante utilizado (Sitzia e Wood, 1997; Steiber e Krowinski, 1990).

Para Donabedian (1980), a satisfação é o julgamento do paciente sobre a qualidade. Já para Steiber e Krowinski (1990) a satisfação é uma avaliação positiva das dimensões específicas de um serviço, baseada nas expectativas do inquirido e no desempenho do prestador. Linder-Pelz em 1982 apresentou uma definição conceptual de “satisfação do paciente” como sendo uma “avaliação individual positiva de diferentes dimensões dos cuidados de saúde”. Mendes *et al* (2013), define a satisfação do utente como um conjunto de várias reações perante a experiência deste com os cuidados de saúde. Assim, satisfação é uma avaliação ou noção que o consumidor tem sobre determinado serviço.

Segundo Stizia e Wood (1997), a satisfação do utente tem três determinantes importantes: as características do paciente; os determinantes psicossociais e a expectativa. As características do paciente consistem na idade, género, estado civil e classe social, e os determinantes psicossociais consistem em fatores psicológicos, sociais que podem afetar a resposta do inquirido causando viés na investigação. Por último, a expectativa é dos determinantes mais complexos, uma vez que esta pode influenciar a opinião dos inquiridos (Sitzia e Wood, 1997; Vaitsman e Andrade, 2005). Isto é, se o paciente tiver uma baixa expectativa relativamente a um serviço pode induzir uma maior satisfação fazendo com que este dê uma boa avaliação ou ao contrário, se tiver uma expectativa alta induz uma menor satisfação, resultando numa má avaliação (Hollanda *et al.*, 2012; Silva, 2013; Vaitsman e Andrade, 2005). Este determinante pode resultar numa baixa capacidade crítica por parte do inquirido. No entanto, quando se pretende avaliar a satisfação, parte-se do princípio que todos os inquiridos desempenham um papel crítico (Vaitsman e Andrade, 2005).

Desde os anos 80 que, na Europa e nos EUA, se tornou popular realizar questionários aos utilizadores dos serviços com o objetivo destes o avaliarem (Hollanda *et al.*, 2012). Assim, com vista à melhoria da qualidade iniciou-se uma fase importante através da avaliação dos serviços com recurso aos utentes que destes usufruem. Hoje

em dia, o cidadão tem um papel importante na avaliação dos serviços de saúde não só como paciente, mas como cliente (Hollanda *et al.*, 2012; Vaitsman e Andrade, 2005). Cada vez mais, a opinião dos utentes é tida em conta, com o objetivo de controlar a qualidade dos serviços de saúde, melhora-los e aperfeiçoar a gestão. A melhoria da qualidade consiste em processos e métodos de gestão por intermédio das quais um produto ou serviço melhora com o tempo (Crisp *et al.*, 2014).

Neste estudo a satisfação será considerada como o contentamento do inquirido que, perante um conjunto de fatores e experiências, manteve uma observação crítica e de acordo com as suas expectativas fez uma avaliação positiva.

Como vimos, a satisfação é um conceito complexo. Desta fazem parte vários dimensões e fatores que associados podem medir o grau de satisfação de um inquirido (Ejaz *et al.*, 2003; Frentzel *et al.*, 2012; Shippee *et al.*, 2015; Steiber e Krowinski, 1990). Vejamos alguns exemplos.

Num estudo realizado por Brent Jacobsen (citado por Silva, 2013), com o objetivo de encontrar fatores determinantes da qualidade hospitalar, identificou através dos doentes, mais de trinta fatores associados à qualidade. Dos trinta, doze foram considerados fatores principais por todos os doentes:

• Limpeza hospitalar	• Resposta atempada às necessidades e perguntas dos doentes
• Simpatia na admissão /alta	• Competência da equipa de enfermagem
• Cortesia dos empregados da organização de saúde	• O sabor e temperatura da comida
• Disponibilidade de especialistas médicos	• Disponibilidade de bons cuidados de emergência
• “Historial” de complicações médicas	• Nível de tecnologia disponível
• Preço	• Clareza e rigor na fatura

Tabela 1 – Fatores determinantes da qualidade hospitalar (Silva, 2013 citando Brent Jacobsen)

Já em relação à satisfação dos familiares, Ejaz *et al.* num estudo realizado em 2003, identificou treze dimensões relativos à satisfação dos familiares, foram eles: “admissão”; “serviços sociais”; “atividades”; “escolha”; “receção e telefone”; “cuidados diretos e profissionais de saúde”; “enfermagem”; “terapia”; “administração”; “refeições”; “lavandaria”; “meio ambiente” e “questões gerais”. Em 2012, Frentzel *et al.* desenvolveram um questionário para a CAHPS, onde foram identificados os seguintes

dimensões: “satisfação das necessidades básicas: ajudar a comer; beber e a ir à casa de banho”, “gentileza e respeito dos enfermeiros e auxiliares para com os familiares”; “fornecer informações e incentivar o envolvimento do familiar”; “profissionais de saúde, cuidados com os pertences e limpeza”. Por outro lado, Shippee *et al.* (2015) identificaram quatro dimensões no seu estudo: “cuidados”; “profissionais de saúde”; “meio ambiente” e “refeições”.

Veremos mais abaixo quais as cinco dimensões considerados neste estudo.

A qualidade

Apesar da satisfação e a qualidade serem diferentes estes dois conceitos estão muito relacionados. Uma vez que a qualidade é vista como uma característica dos cuidados e a satisfação dos consumidores dos cuidados uma maneira de avaliá-la.

Segundo Donabedian (1980) a qualidade é uma propriedade que os cuidados médicos podem ter. O mesmo autor, considera que são os clientes um dos principais fatores que definem a qualidade, sendo que um dos componentes visto com muita importância, é a satisfação do cliente. Silva (2013) define a qualidade como a correspondência ou a ultrapassagem das expectativas do cliente e alerta para a sua constante evolução nos cuidados de saúde. Donabedian (1980) refere que, uma avaliação da qualidade consiste no julgamento consciente sobre o processo de prestação de cuidados, com o objetivo de obter resultados.

À semelhança da satisfação, a qualidade consiste num juízo que depende das necessidades, expectativas e percepções de quem está a avaliar.

No que respeita aos cuidados de saúde existem duas grandes componentes a ter em conta, a parte técnica e a relação interpessoal entre o prestador de cuidados e o utente (Donabedian, 1980). O mesmo autor apresenta três formas indiretas pela qual a qualidade dos cuidados pode ser medida: estrutura, processo e resultado (onde o autor engloba a satisfação do paciente). De modo a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde é preciso medi-la. Segundo Silva (2013), existem diversas formas de medir a qualidade, uma consiste em focar na medida do processo dos cuidados de saúde, outra através dos resultados dos cuidados e por último a experiência dos utentes e dos seus familiares. Esta última consiste em inquéritos sobre a satisfação com os cuidados, a qualidade da comunicação dos prestadores, sobre a maneira que estes cuidados são prestados e como foi gerida a doença (Silva, 2013). Uma vez identificadas formas de medir a qualidade, é necessário aplicá-las de forma útil e com o objetivo de a melhorar.

Através destes questionários de satisfação, é também, possível identificar as áreas que necessitam de melhorias, prevenir erros e melhorar a segurança dos utentes (Silva, 2013). Após uma primeira intervenção no sentido de melhorar os cuidados, é importante voltar a medir de modo a verificar se as mudanças surtiram o efeito esperado (Silva, 2013). A mesma autora, refere-se à qualidade como um “alvo em movimento” no sentido em que a organização tem um objetivo a alcançar que está em constante alteração, resultando assim numa necessidade contínua de avaliar.

Porquê medir a satisfação?

Segundo a Lei de Bases da Saúde n.º 48/90, de 24 de agosto, Base V, n.º 1 é direito dos cidadãos “(...) *que os serviços públicos de saúde se constituam e funcionem de acordo com os seus legítimos interesses.*” (Lei n.º 48/90.p.3453). Posto isto, podemos afirmar que é do interesse dos cidadãos portugueses que os cuidados de saúde sejam de qualidade e estejam de acordo com as suas expectativas, entendendo-se assim a importância de avaliação da satisfação dos utilizadores dos cuidados de saúde, seja do utente ou familiar. Realizar pesquisas sobre a satisfação dos utentes é a melhor maneira de saber como este se sente sobre os cuidados e tratamentos que recebem (Steiber e Krowinski, 1990). A melhoria da qualidade tem como objetivo corresponder às expectativas do cliente, fazendo com que este se sinta satisfeito, processo que requer tempo e empenho dos dirigentes de uma organização.

No entanto, segundo Grigoroudis e Siskos (2010), medir a satisfação dos consumidores é um dos principais objetivos de todos os tipos de organizações. Esta é uma consequência da preocupação pela melhoria contínua da qualidade que, hoje em dia é a principal razão pela qual se mede a satisfação dos utentes nos cuidados de saúde. A importância da satisfação tem vindo a aumentar nos últimos anos e é atualmente considerada uma das informações de retorno mais relevantes na qualidade de gestão de uma organização (Grigoroudis e Siskos, 2010). Diversos estudos mostram a importância de realizar inquéritos de satisfação, a evolução significativa em unidades no seu todo, e a evolução em algumas áreas específicas das unidades que participam neste tipo de pesquisas (HQCA, 2011, 2015; Lowe *et al.*, 2003; Shippee *et al.*, 2015; Zuidgeest *et al.*, 2012). Este tipo de investigação tem também potencial para promover uma cooperação entre as partes interessadas de modo a melhorar a qualidade de vida do utente e não apenas para melhorar a qualidade dos cuidados prestados (Lowe *et al.*, 2003). Ajuda a identificar áreas de excelência e oportunidades para melhorar fazendo com que as instituições entendam melhor o utente ou o familiar (HQCA, 2011). O

processo de melhoria da qualidade ajuda a diminuir o desperdício e consequentemente os gastos desnecessários (Crisp *et al.*, 2014).

Segundo Donabedian (1980), outra razão para medir a satisfação é que um cliente satisfeito é mais cooperativo com o médico, aceitando e compreendo melhor a suas recomendações. Também uma revisão de literatura realizada por Price *et al.* em 2014 revelou que, uma boa experiência com os cuidados de saúde está associada com níveis mais elevados de adesão a prevenção e tratamentos recomendados, assim como melhores resultados em utentes internados e uma menor utilização dos cuidados de saúde. Os mesmos autores concluíram também que avaliar a experiência do paciente é um complemento apropriado para medir a qualidade.

Silva (2013), Price *et al.* (2014) e um relatório publicado pela Fundação Calouste Gulbenkian em 2014, defendem que, um sistema de saúde ideal era um sistema de saúde centrado no cidadão, sendo uma mais valia este estar envolvido nos cuidados e na promoção da saúde. Segundo Crisp *et al.*, (2014) este já é definido como um objetivo no Plano Nacional de Saúde de 2012-2016 quando se afirma que *“O cidadão e o centro do Sistema de Saude, significando que o Sistema de Saúde se deve organizar com a missão de responder as suas necessidades, satisfação e legítimas expectativas enquanto individuo e enquanto elemento de uma comunidade, e nos seus diversos papeis: ativo e saudável, doente, utilizador dos serviços, consumidor, cuidador, membro da família e da comunidade.”* (Crisp *et al.*, 2014.p.53). Tendo em vista o alcance deste objetivo para os sistemas de saúde, uma das formas é envolvendo mais o cidadão. Silva (2013) defende que uma maneira de o envolver é avaliar a perceção deste perante os serviços e cuidados que lhe são disponibilizados.

É importante inovar e melhorar de modo a exceder as expectativas dos clientes. Contudo, deve ser tido em conta que, para um bom serviço ao cliente é necessário haver uma comunicação cliente-organização e organização-cliente. Isto porque o cliente tem de compreender o produto, as limitações e como o utilizar para criar expectativas razoáveis (Silva, 2013). No entanto, as expectativas estão em constante mudança. Por isso, é necessário perspetivar o objetivo da melhoria contínua da qualidade com a expectativa do cliente de modo a obter uma qualidade elevada.

Tanto a qualidade como a satisfação estão assim dependente de caraterísticas demográficas, fatores culturais, sociais e psicológicos, da experiência de vida e expectativas de cada indivíduo (Silva, 2013).

Familiares ou utentes? A quem dirigir o questionário?

A pergunta coloca-se, a quem dirigir o questionário de satisfação no caso de utentes internados em unidades de cuidados continuados? De forma a compreender a satisfação e expectativas do inquirido, é necessário definir quem se vai inquirir.

Existe uma grande controvérsia em relação a quem são os consumidores dos cuidados continuados de saúde (Lowe *et al.*, 2003). Por um lado, há quem veja o utente que está internado como sendo o utilizador e o beneficiário dos cuidados logo deve ser este o inquirido. Por outro, há quem considere que é o familiar ou cuidador (pessoa legalmente responsável pelo cidadão internado). E por fim, há quem defenda a importância de complementar os estudos dirigidos a utentes com estudos dirigidos a familiares e vice-versa. Por exemplo, um estudo realizado por Shippee *et al.* (2015) desenvolveu um instrumento de pesquisa e determinou a relação da qualidade de vida do utente internado e as características da unidade com a satisfação dos familiares.

Segundo Frentzel *et al.* (2012), apesar de não serem os familiares a receberem os cuidados de saúde, a experiência deles com a unidade e com os profissionais de saúde é importante para descrever e compreender a qualidade da mesma. O mesmo autor afirma que muitas vezes os familiares estão envolvidos e participam no planeamento dos cuidados e nas decisões relacionadas com o utente internado, acabando estes por terem uma relação direta com a unidade. Um estudo de satisfação levado a cabo por HQCA em 2007/2008 a utentes internados e aos seus familiares, originou uma taxa de resposta inferior a 30% quando o inquirido era o utente internado, visto que a maioria não estava apta a responder (HQCA, 2011). Com isto, para estudos posteriores realizados pela HQCA (em 2011 e 2015) foram apenas considerados os familiares dos utentes internados.

Cuidados continuados

À semelhança de outros países, o aumento da população envelhecida conduziu a que a organização de um conjunto de cuidados destinados a esta população fosse indispensável. Convencionou-se denominar estes cuidados como *“cuidados de longa duração”* (*Long Term Care*), no entanto, em Portugal, estes cuidados foram designados como cuidados continuados integrados (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2011).

Segundo o Decreto-Lei n.º 101/2006 são, respetivamente, continuidade dos cuidados (CC) *“a sequencialidade, no tempo e nos sistemas de saúde e de segurança social, das intervenções integradas de saúde e de apoio social”* e integração de cuidados a *“conjugação das intervenções de saúde e de apoio social, assente numa avaliação e planeamento de intervenção conjuntos”*. Já por cuidados continuados integrados (CCI) entende-se como a combinação de intervenções consecutivas de cuidados de saúde e ou de apoio social, resultantes de uma avaliação que, através da readaptação, reabilitação, reintegração social e familiar, tem como objetivo a recuperação global e manutenção, com vista a promover a autonomia da pessoa, diminuindo a sua dependência ao longo de um processo terapêutico ativo e contínuo, mantendo qualidade de vida e o conforto mesmo em situações irreversíveis (Decreto-Lei n.º 101/2006).

Os primórdios da RNCCI

Anteriormente à criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) em 2006, já tinha sido notada a necessidade de articular o apoio social com os cuidados de saúde continuados para pessoas em contexto de dependência. Esta articulação foi aprovada em maio de 1998 pelo Despacho Conjunto n.º 407/98. Porém, com o passar do tempo, o impacto desta medida ficou aquém do esperado, não tendo sido obtidas as respostas suficientes e eficazes desejadas (ERS, 2013). Posteriormente, ainda com o objetivo de criar uma rede, em 2003, através do Decreto-Lei n.º 281/2003, foi criada a denominada “Rede de Cuidados Continuados”. Todavia, só em 2006 houve um rápido desenvolvimento da prestação deste tipo de cuidados (ERS, 2013).

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Apesar das tentativas para implementar um sistema de cuidados Continuados, só em 2006 se conseguiu criar a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Foi no Plano Nacional de Saúde de 2004/2010 que se reconheceu a necessidade de criar um sistema, organizado numa rede que respondesse de forma adequada, articulada e eficaz na prestação de cuidados continuados integrados (ERS, 2013). Este deveu-se ao facto da situação demográfica do país estar a sofrer alterações conseqüentes do aumento da população idosa, com doença crónica, dependente e da carência de cuidados continuados (Decreto-Lei n.º 101/2006; ERS, 2013).

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) foi criada no ano 2006 pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, tendo como principal objetivo, prestar cuidados continuados integrados a cidadãos cujo a circunstancia seja de dependência, apesar da sua idade (Decreto-Lei n.º 101/2006; ERS, 2013).

São objetivos específicos da RNCCI os seguintes:

“a) A melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e ou de apoio social;”

“b) A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida;”

“c) O apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respectiva situação;”

“d) A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;”

“e) O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respectiva qualificação e na prestação dos cuidados;”

“f) A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação;”

“g) A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos.” (Decreto-Lei n.º 101/2006.p.3858)

Até à entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 136//2015, a Rede era constituída apenas por unidades e equipas de cuidados de saúde continuados, e/ou de apoio social, e de ações e cuidados paliativos. Atualmente, após a efetivação do decreto a cima referido, a RNCCI deixou de ter as unidades e equipas de cuidados paliativos com parte constituinte, contudo, pode incorporar equipas comunitárias de suporte nos cuidados paliativos e passou a constituída também por unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental (Decreto-Lei n.º 136/2015).

As equipas podem ser hospitalares, que são encarregues da gestão de altas (EGAS), funcionando como ponte entre o utente hospitalizado e as unidades de internamento ou com os cuidados domiciliários. Além das hospitalares, há as equipas domiciliárias, que estão encarregues de cuidados continuados integrados (ECCI), através dos cuidados de saúde primários ou entidades de apoio social para o fornecimento de cuidados a nível domiciliário (Decreto-Lei n.º 136/2015).

No que concerne aos tipos de unidades, estas podem ser de internamento, ou de ambulatório. As de internamento incluem unidades de longa duração e manutenção (UMDM), unidades de média duração e reabilitação (UMDR) e unidades de convalescença (UC); as de ambulatório são as unidades de dia e de promoção da autonomia (Decreto-Lei n.º 136/2015).

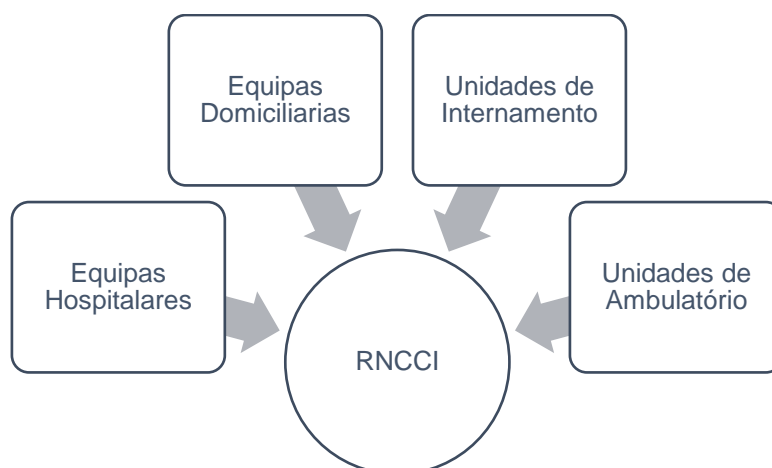


Figura 1 – Equipas e unidades que constituem a RNCCI

Tipos de unidades de internamento

Unidades de Convalescença (UC)

As unidades de convalescença consistem em unidades de internamento que, apesar de autónomas, estão incorporadas num hospital de agudos ou em outra instituição que com ele se articula. Estas fornecem tratamento e supervisão clínica de um modo contínuo e intensivo, assim como cuidados de reabilitação após um episódio de internamento hospitalar devido a uma descompensação de um processo crónico, recorrência, ou a uma situação clínica aguda (Decreto-Lei n.º 136/2015). O seu objetivo consiste em estabilizar clínica e funcionalmente o doente, avaliar e reabilitar integralmente a pessoa que perdeu transitoriamente a sua autonomia que, porém, não necessita de cuidados hospitalares agudos (Decreto-Lei n.º 136/2015). Esta unidade prevê um internamento até 30 dias consecutivos para cada doente admitido e pode existir em simultâneo com as unidades de média duração e reabilitação.

Após consulta do manual do prestador (UMCCI, 2011), são critérios para admissão de doentes neste tipo de unidades, os que apresentem uma das seguintes condições: Necessidade de cuidados médicos e de enfermagem permanentes; Recuperação intensiva; Sonda nasogástrica para alimentação; Intervenção terapêutica em feridas e/ou úlceras de pressão; Tratamento e manutenção de estomas; Terapêutica parentérica; Necessidade de ventilação não invasiva, oxigenoterapia ou aspiração de secreções; necessidade supervisão continuada para ajuste terapêutico e/ou administração de terapêutica; Estado depressivo, confusão, desnutrição, problemas na deglutição, degradação sensorial ou comprometimento de eficiência e/ou segurança da movimentação potencialmente recuperável a curto prazo; Risco iminente de

descompensação de doença crónica; Reabilitação física com duração previsível inferior ou igual a 30 dias; Síndrome de imobilismo.

Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR)

As unidades de média duração e reabilitação contam com um espaço físico próprio, e são unidades de internamento que se articulam com o hospital de agudos de modo a que sejam prestados cuidados de reabilitação, clínicos e apoio psicossocial aos doentes internados com perda temporária de autonomia por descompensação de um patologia crónica ou consequente de uma situação clínica aguda (Decreto-Lei n.º 136/2015).

As UMDR, por cada admissão, preveem que o internamento varie de 30 a um máximo de 90 dias consecutivos e visam estabilizar clinicamente, avaliar e reabilitar integralmente o doente internado (Decreto-Lei n.º 136/2015). Este tipo de unidade pode existir em simultâneo com as de convalescença e com as de longa duração e manutenção (Decreto-Lei n.º 136/2015).

Segundo o manual do prestador (UMCCI, 2011) são critérios para admissão neste tipo de unidade pessoas que ostentem uma das seguintes circunstâncias: Carência de cuidados médicos e de enfermagem permanentes; Recuperação intensiva; Ações de suporte respiratório; Tratamento e prevenção de úlceras; Tratamento e manutenção de estomas; Estado depressivo, confusão, desnutrição, eficiência e/ou segurança da movimentação recuperável a médio prazo; Indicação para reabilitação física até, o máximo de 90 dias; Síndrome de imobilismo (UMCCI, 2011).

Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM)

As unidades de internamento de longa duração e manutenção dispõem do seu próprio espaço físico, com o objetivo de prestar apoio social e cuidados de manutenção de saúde a pessoas com tipos de dependência diferentes, com processo crónico ou doenças, sem condições para receberem cuidados domiciliários, estas podem ser de natureza temporária ou permanente (Decreto-Lei n.º 136/2015).

Nas ULDM, o internamento é previsto ultrapassar os 90 dias consecutivos, e pretende prestar cuidados de modo a prevenir e retardar o agravamento da dependência do doente, proporcionando conforto e qualidade de vida. Pode ainda ser, de carácter temporário (inferior a 90 dias) em situações em que haja dificuldades de ajuda familiar

ou para descanso do cuidador principal (num máximo de 90 dias/ano) (Decreto-Lei n.º 136/2015).

Para admissão numa unidade de longa duração, o doente tem de apresentar um dos seguintes eventos: Cuidados médicos e de enfermagem regulares e permanentes indispensáveis; Necessidade de cuidados de saúde por patologia estabilizada, aguda e/ou crónica, por défice de independência nas atividades da vida diária, com previsão de internamento além de 90 dias; Progresso lento e previsão de pouca melhoria clínica, funcional e cognitiva de uma patologia crónica; Sem previsão de recuperação a curto e médio prazo; Estado depressivo, confusão, desnutrição ou dificuldade na ingestão de alimentos, deterioração sensorial ou compromisso da eficiência e/ou segurança da locomoção; Impossibilidade de apoio familiar ou cujo cuidador principal necessita de descansar (nunca superior a 90 dias) (UMCCI, 2011).

Como vimos, apesar da RNCCI prever abranger qualquer pessoa independentemente da idade, esta surgiu devido ao crescimento da população idosa. Dez anos após a criação da RNCCI, o perfil da população que mais utiliza esta rede é envelhecida, com idades superiores a 65 anos, com nível de escolaridade baixo, predominantemente feminina, carenciada e com uma incapacidade e dependência elevadas (República Portuguesa, 2016; ACSS, 2015). Segundo esta última fonte, no 1º semestre de 2015, a população com 65 anos ou mais representava 84,5% do total da população, tendo este número aumentado desde 2013.

Envelhecimento

O envelhecimento é um processo natural, ininterrupto e complexo, pelo qual todas as pessoas passam ao longo da vida desde o seu nascimento até falecerem. No entanto, este processo é ainda pouco entendido e existem diversas teorias para o explicarem (Loue e Sajatovic, 2008).

A nível social, o envelhecimento é visto como os anos que passam do nascimento à morte, sendo a idade cronológica, que tem como propósito definir o papel do indivíduo na sociedade (Loue e Sajatovic, 2008; Morgan e Kunkel, 2016). Contudo, e de acordo com Morgan (2007), a idade é apenas um marco nas experiências e eventos de vida dos humanos, considerando que estas é que interessam e não o tempo. Para este autor, o tempo só tem importância na medida em que está amplamente ligado às mudanças físicas, psicológicas e sociais que ocorrem. Com o passar do tempo vão sendo desenvolvidas, de forma gradual, competências. Porém num determinado momento da vida estas começam a declinar (Loue e Sajatovic, 2008). O envelhecimento é, por enquanto, biologicamente incontornável.

Desde o final do século passado que nos países mais desenvolvidos há registo de um contínuo aumento do número de idosos (população com 65 anos ou mais), tornando estas populações envelhecidas. De acordo com a evidência, Portugal é cada vez mais um país envelhecido. Dados do INE (2015) mostram que a proporção de idosos cresceu de 9,7% em 1970 para 20,3% em 2014. Resultante do aumento da longevidade, da emigração e da queda da natalidade, Portugal continua assim a tender para o envelhecimento demográfico (Cabral *et al.*, 2013; INE, 2016). Em 2015 o índice de envelhecimento em Portugal foi de 147 idosos por cada 100 jovens (INE, 2016). Segundo ainda a mesma fonte, projeta-se que até 2060 o número de idosos por cada 100 jovens possa aumentar de 147 para 307 e a idade média passar dos 44 para 51 anos. As sociedades atuais têm uma população que vive mais tempo, tendo a esperança de vida à nascença no triénio 2013-2015 sido de: para os homens 77,36 anos e para as mulheres 83,23 anos (INE, 2016). Segundo Cabral (2013), o envelhecimento deve ser visto como um fenómeno positivo, visto que representa o progresso da humanidade. Contudo o aumento da esperança média de vida acarreta mudanças relativas ao estado de saúde a vida social pois, viver mais, significa igualmente haver uma maior exposição a doenças crónicas não transmissíveis (Cabral *et al.*, 2013). Com isto, é importante notar que a esperança de vida à nascença mede a quantidade do número esperado de anos de vida, independentemente do estado de saúde, por isso é igualmente importante ter em conta a esperança de vida com saúde, que incide sobre a qualidade de vida, representando o número de anos de vida saudável que a população pode esperar viver

(INE, 2016). Ainda de acordo com a mesma fonte, no ano 2014 em Portugal, o número de anos de vida com saúde foi estimado ser de 58,3 e de 55,4 anos, para os homens e para as mulheres respetivamente, estando estes valores abaixo da média para a UE28. Independentemente das condições sociais afetarem a saúde individual em qualquer fase da vida, o risco de desenvolver doenças aumenta consideravelmente com a idade (Cabral *et al.*, 2013; Loue e Sajatovic, 2008). Vejamos o exemplo da diabetes que segundo Crisp *et al.*, (2014) “*é o problema de saúde pública com mais rápido crescimento em Portugal*”, do cancro, doenças respiratórias e cardiovasculares. Estas são debilitantes, podem chegar a ser incapacitantes e muitas vezes um doente pode apresentar mais do que uma doença. Também com o aumento da idade, o número de idosos com problemas de autonomia e dependência tende a aumentar. Sabe-se também que, com o avançar da idade, os idosos passam a ter uma maior dependência de outras pessoas para executarem as suas tarefas diárias que, segundo o INE, tem aumentado continuamente desde 1970 sendo que, em 2015, o índice de dependência de idosos atingiu os 32 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa (INE, 2016; INE, 2015). Em Portugal, segundo um estudo feito por Santana *et al.* (2015), o número de casos de demência tende a aumentar visto que este aumento se relaciona com o crescimento da população idosa. O mesmo autor estima que 64% das pessoas com demência tenham mais de 80 anos. A demência mais prevalente é a doença de Alzheimer responsável por 50-70% dos casos (Santana *et al.*, 2015).

Apesar de Portugal ser o 4º país com uma maior proporção de idosos na UE28, também noutros países da Europa há vários anos que se verifica a tendência de envelhecimento demográfico, devido à diminuição do peso relativo dos jovens e de pessoas em idade ativa e ao aumento contínuo da proporção de pessoas idosas (INE, 2016). Ainda segundo o INE (2016), dados disponibilizados pelo Eurostat, observam, entre 2009 e 2014, um decréscimo da população jovem de 15,7% para 15,6%, da proporção de pessoas em idade ativa de 66,8% para 65,5% e um aumento da proporção de idosos de 17,5% para 18,9%.

Com o aumento dos problemas de saúde da população envelhecida aumenta a probabilidade de desenvolver doenças crónicas, a vulnerabilidade do estado de saúde, o risco de perder a autonomia e a dependência física e mental e consequentemente vai haver um aumento da necessidade de prestar cuidados de saúde. Estes cuidados começam inicialmente por ser cuidados de saúde primários, progressivamente complementados por cuidados hospitalares e acabam por, com grande frequência, redundar em cuidados continuados integrados, sejam em unidades de internamento seja através de apoio domiciliário.

Instrumento de pesquisa

No que respeita ao instrumento de pesquisa existem duas opções que podem ser seguidas. Em ambas é necessário realizar um estudo preliminar e demonstrar a precisão e exatidão do instrumento (Hill e Hill, 2000; Sampieri, Collado e Lucio, 2006). Segundo os mesmos autores a primeira consiste em escolher um instrumento já desenvolvido, disponível e adaptado às necessidades da investigação e a segunda opção compreende a construção de um novo instrumento.

Sampieri, Collado e Lucio (2006), recomendam os seguintes passos para a construção de um instrumento de pesquisa:

- Identificar as variáveis que se pretendem medir;
- Realizar uma revisão da literatura de modo a compreender os conceitos e significados;
- Identificar as escalas de medida utilizadas por outros instrumentos;
- Desenvolver o questionário pretendido;
- Definir a escala de medição dos itens;
- Codificar os dados, este passo consiste em definir o valor numérico que os representa;
- Aplicar o pré-teste;
- Com base na aplicação do pré-teste e nos indicadores de precisão e exatidão, ajusta-se e melhora-se o instrumento de pesquisa, para haver condições para a sua aplicação.

Exatidão e precisão de um instrumento de pesquisa

Para proceder à validação de um instrumento de pesquisa é necessário recorrer aos seguintes métodos estatísticos: precisão ou fiabilidade e a validade ou exatidão (Aguiar *et al.*, 2012; Fortin, 2009; Malhotra, 2005; Sampieri, Collado e Lucio, 2006). De modo a determinar a qualidade de qualquer instrumento de medida, a fiabilidade e a validade são indispensáveis. Segundo Fortin (2009), estas características são avaliadas em graus.

Podemos resumir o processo e as técnicas de validação de um instrumento de pesquisa no seguinte esquema:

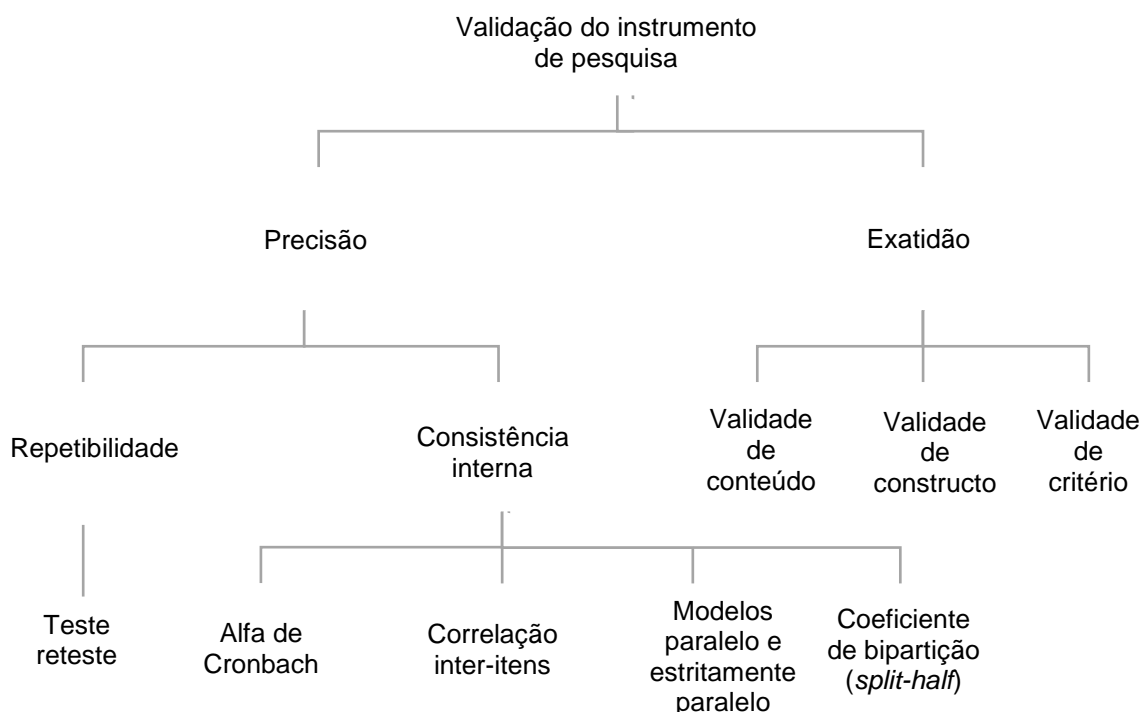


Figura 2 – Esquema do processo e técnicas de validação
Fonte: Adaptado de (Fortin, 2009; Malhotra, 2005; Sampieri, Collado e Lucio, 2006)

Existem várias etapas e métodos no processo de avaliação da fiabilidade e validade de um instrumento de medida. Cabe a cada investigador escolher os que melhor se adaptam e adequam ao seu projeto de investigação pois, cada estudo tem as suas próprias características e necessidades.

Exatidão

A exatidão ou validade de um instrumento de medida refere-se à extensão em que um instrumento ou indicador mede o que se propõe medir e em que inferências feitas a partir do mesmo são apropriadas, significativas e úteis (Aguiar *et al.*, 2012; Almeida e Freire, 2007; Fortin, 2009). Segundo a literatura, os tipos de validade mais utilizados são: a validade de conteúdo; a validade de critério e a validade de construto. A validade de conteúdo expressa o grau em que os conteúdos incluídos no instrumento representam adequadamente o que se pretende medir (Moreira, 2004). A validade de critério consiste na capacidade que um teste tem para estimar o resultado numa medida tomada por critério (Almeida e Freire, 2007). A validade de construto tem como objetivo avaliar em que medida os resultados dos testes representam os construtos teóricos que pretendem medir (Fortin, 2009).

Validade de conteúdo

A validade de conteúdo começa pela revisão bibliográfica sobre o tema e que métodos foram utilizados por outros investigadores para a medição da variável. Posto isto é feita uma seleção de itens a medir e as suas dimensões, e os itens são avaliados por peritos de forma a serem seleccionados os mais relevantes (Sampieri, Collado e Lucio, 2006).

Após a construção do questionário, segundo Fortin (2009), é fundamental que especialistas garantam que o instrumento de medida seja representativo das dimensões que se pretende avaliar. Esta avaliação é necessária de modo a que seja verificada a validade de conteúdo por peritos. Estes peritos ou especialistas, são contactados pelo investigador por terem conhecimentos específicos do tema que se pretende estudar (Fortin, 2009).

Validade de critério

Segundo Aguiar *et al.* (2012), os resultados do questionário que se pretende validar devem ser relacionados com uma questão independente do questionário. Esta relação consiste na validade de critério que se avalia pelo grau de correlação entre o instrumento de medida aplicado e outra medida independente que, com o mesmo critério, trata o mesmo conceito ou fenómeno (Fortin, 2009). Para avaliar a correlação, correlacionam-se as medidas das duas escalas. A validade de critério pode ser concomitante ou preditiva (Almeida e Freire, 2007; Fortin, 2009; Moreira, 2004).

Validade concomitante

Na validade concomitante o critério é uma referência ao construto que se pretende medir e deverá ser comparável ao instrumento de medida quanto à validade (Moreira, 2004). Neste tipo de validade no que respeita ao tempo de aplicação do instrumento e do critério ocorre em simultâneo (Almeida e Freire, 2007). Esta é avaliada pela coeficiente de correlação (Almeida e Freire, 2007; Fortin, 2009).

Validade preditiva

A validade preditiva consiste na correlação de duas medidas do mesmo conceito, uma atual e outra posteriormente (Fortin, 2009). Esta validade permite prever os resultados de uma medição posterior a partir do primeiro resultado, através do mesmo instrumento de pesquisa (Fortin, 2009; Hill e Hill, 2000).

Validade de constructo

Martins (2006) define constructo como uma variável ou um conjunto de variáveis que têm como objetivo representar o significado de um conceito. Segundo Malhotra (2005), para avaliar este tipo de validade é necessário uma boa compreensão da teoria utilizada para a construção da escala por parte do investigador, Isto impõe-se uma vez que, é com base na teoria que o investigador atesta a funcionalidade da escala e tira as suas ilações (Malhotra, 2005). Fortin (2009) define a validade de constructo como uma validação da estrutura teórica do instrumento de pesquisa verificando associações. O principal objetivo consiste em medir um conceito e relaciona-lo com outros conceitos (Fortin, 2009). De modo a proceder à validade de constructo estão associados múltiplos procedimentos, principalmente testar diferentes relações entre a medida que se pretende analisar e outras medidas ou variáveis, conjeturadas pela teoria ou pela evidência relativa ao constructo (Moreira, 2004).

Precisão

A precisão pode ser também referida como fiabilidade ou consistência. No que toca à precisão, esta avalia o grau de correlação de um instrumento de pesquisa com ele próprio, designando a precisão e a consistência dos resultados que eles fornecem (Fortin, 2009). Um instrumento de pesquisa deve ter repetibilidade e consistência interna (Aguiar *et al.*, 2013). A repetibilidade refere-se ao nível em que uma medida varia entre utilizações e é habitualmente avaliada através do teste reteste (Fortin, 2009). A consistência interna de um instrumento de medida que consiste na similaridade entre os enunciados isto é, avalia a consistência dos resultados entre itens de um teste (Fortin, 2009). Esta é estimada através da avaliação de correlações ou pela covariância de todos os enunciados do instrumento simultaneamente analisados (Fortin, 2009). Quanto maior a correlação dos enunciados, melhor a consistência interna. Segundo Pestana e Gageiro (2008), pretende-se provar que a diferença das respostas resulta das diferentes opiniões dos inquiridos e não devido ao inquérito aplicado estar confuso ou mal interpretado.

Com podemos verificar na Figura 2, existem diferentes métodos para medir a consistência interna. A mais utilizada é o alfa de Cronbach e a correlação inter-itens (Fortin, 2009; Pestana e Gageiro, 2008; Sitzia, 1999).

Teste reteste

O teste reteste mede a estabilidade do instrumento de pesquisa, através da aplicação deste instrumento duas ou mais vezes à mesma amostra, após um determinado período de tempo (Fortin, 2009; Hill e Hill, 2000; Sampieri, Collado e Lucio, 2006). Este teste reteste verifica a precisão do instrumento utilizado e a sua estabilidade temporal. Deve-se ter em conta o período entre medições pois, se for longo pode confundir a interpretação do coeficiente de fiabilidade e se for curto as pessoas podem-se lembrar das respostas que deram (Sampieri, Collado e Lucio, 2006). Hills e Hills (2000), recomendam que a segunda aplicação do instrumento de medida seja entre um período não inferior a uma semana e não superior a um mês.

Após a obtenção dos dados da primeira (teste) e da segunda (reteste) medição, é necessário verificar a correlação dos resultados. Se a correlação dos resultados das duas aplicações for positiva, então é considerado um instrumento confiável (Fortin, 2009; Sampieri, Collado e Lucio, 2006). Para classificar a correlação Pestana e Gageiro (2014) sugerem os seguintes critérios:

$ R < 0,2$	Muito fraca
$0,2 \leq R < 0,4$	Fraca
$0,4 \leq R < 0,7$	Moderada
$0,7 \leq R < 0,9$	Elevada
$0,9 \leq R \leq 1$	Muito elevada

Tabela 2 – Critérios de classificação da correlação
Fonte: (Pestana e Gageiro, 2014)

Existem diferentes testes a aplicar de modo a avaliar a correlação do teste e do reteste, sendo o *t-student* para amostras emparelhadas e o coeficiente de correlação intra-classe dois exemplos.

Alfa de Cronbach

O alfa de Cronbach é das medidas mais utilizadas para estimar a consistência interna de um grupo de variáveis; ou seja, do instrumento de pesquisa (Fortin, 2009; Hill e Hill, 2000; Pestana e Gageiro, 2008). Para o calculo deste coeficiente apenas uma aplicação do instrumento de medida é necessária, ao contrário do teste reteste. Este coeficiente é utilizado para verificar que cada enunciado mede o mesmo conceito, avaliando as correlações entre enunciados (Fortin, 2009).

Os valores de alfa variam entre 0 e 1 sendo que, quanto mais próximo de 1 maior a consistência interna, considerando-se as seguintes classificações:

Muito boa	Alfa > 0,9
Boa	$0,8 < \text{Alfa} < 0,9$
Razoável	$0,7 < \text{Alfa} < 0,8$
Baixa	$0,6 < \text{Alfa} < 0,7$
Inaceitável	Alfa < 0,6

Tabela 3 – Variação do alfa de Cronbach
Fonte: Adaptado de (Marôco e Garcia-Marques, 2006; Pestana e Gageiro, 2008).

As variáveis devem medir a mesma realidade e estar categorizadas no mesmo sentido, pois o alfa de Cronbach não assume valores negativos. Se este for negativo é porque há correlações negativas, o que inviabiliza a sua utilização porque desrespeita o modelo (Pestana e Gageiro, 2008).

Correlação inter-itens

A correlação inter-itens, como o nome indica, destina-se à avaliação da correlação entre cada item com o score total da escala (Fortin, 2009). Isto é, cada item ou enunciado é correlacionado com o score total obtido através da média de todos os itens. O grau de correlação determina até que ponto cada item está associado com o score total (Fortin, 2009).

Justificação do tema, questão de investigação e objetivos

Uma revisão da literatura permitiu constatar a importância cada vez mais significativa dos cuidados continuados integrados. Estes têm uma elevada importância para os utentes, para os familiares e a nível do sistema Nacional de Saúde uma vez que, como vimos anteriormente, estas unidades têm o objetivo prestar cuidados de saúde ao cidadão dependente de terceiros para executar as tarefas básicas, mas que não precisam de estar internados num hospital de agudos, independentemente da idade. Contudo, e segundo a ACSS (2015), a maioria das pessoas internadas tem idade igual ou superior a 65 anos. Dado a população envelhecida estar a aumentar espera-se também que estes cuidados venham a ser cada vez mais utilizados, apesar de se pretender aumentar os cuidados continuados ao domicílio face às unidades de internamento.

Silva (2013) e Crisp *et al.* (2014) defendem a importância do sistema de saúde centrado no cidadão, e veem como uma mais valia o seu envolvimento na promoção da saúde e dos cuidados. Para tal, uma das principais formas de mudar o sistema de saúde para ser mais centrado no cidadão é que este seja mais envolvido e uma maneira é através da sua opinião (Silva, 2013). Como vimos na literatura, vários estudos defendem a importância da realização de inquéritos de satisfação para a melhoria da qualidade das instituições (HQCA, 2011, 2015; Lowe *et al.*, 2003; Shippee *et al.*, 2015; Zuidgeest *et al.*, 2012). No entanto, no contexto dos cuidados continuados em que muitas vezes o utente está incapacitado, é relevante avaliar a satisfação através dos seus familiares.

Assim o objetivo deste trabalho consiste em construir um questionário que permita avaliar a satisfação dos familiares com a unidade e com os cuidados prestados, e proceder à sua validação.

Para o presente estudo foram considerados os seguintes específicos:

- Analisar a validade de conteúdo;
- Analisar a validade de critério;
- Analisar a validade de constructo;
- Analisar a consistência interna;
- Analisar a estabilidade temporal;

Este questionário é dirigido aos familiares dos utentes internados em unidades de cuidados continuados, mais especificamente em Unidades de Média Duração e

Reabilitação. Para o presente estudo não foram consideradas as Unidades de Convalescença por estas preverem um período de internamento consecutivo até 30 dias o que, para atingir os objetivos delineados para o estudo (por exemplo a realização do teste-reteste) se tornava restrito. Relativamente às ULDM não se consideraram, pois, o doente neste tipo de unidade apresentar um progresso lento e a nível clínico poucas melhorias. Estando o doente mais debilitado o que se pode refletir no familiar. Também o carácter temporário que este tipo de unidade pode adquirir poderia prejudicar a investigação.

De acordo com a literatura analisada, apesar de existirem alguns estudos relativos à satisfação dos utentes com os cuidados continuados, não foi encontrado nenhum questionário devidamente validado a nível nacional, sobre satisfação dos familiares dos utentes internados em Unidades Continuados de Média Duração e Reabilitação. Também a nível internacional foi analisada a literatura e apesar de existirem questionários validos que avaliam a satisfação dos familiares dos utentes internados, estes não estavam direccionados para unidades de cuidados continuados como existem em Portugal, não sendo completamente aplicáveis à realidade das unidades em Portugal. Posto isto, e uma vez que seria necessário proceder à sua validação, optou-se por construir um questionário adaptado às instituições portuguesas, com a colaboração da equipa coordenadora dos cuidados continuados da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARS-LVT).

Com a construção deste questionário pretende-se que, futuramente, a opinião dos consumidores dos cuidados continuados tenha mais visibilidade e que sejam tidos em conta para identificar aspetos que precisam de ser melhorados.

Capítulo 3

Metodologia

A metodologia consiste em explicar o método utilizado para a realização do trabalho de investigação, de modo a atingir os objetivos propostos. Primeiramente foi feita uma revisão bibliográfica de forma a entender qual a necessidade de realizar um estudo ao nível dos cuidados continuados. De seguida definiu-se o modelo de investigação, o método utilizado para a construção do questionário, método de recolha de dados e a caracterização da amostra. Por fim, realizou-se a análise adequada para a validação da precisão do questionário, recorrendo a uma análise estatística.

Desenho do estudo

A metodologia de investigação adotada pressupõe uma abordagem quantitativa, de natureza exploratória, recorrendo ao método de questionário por autoadministração e por entrevista. Para proceder à validação do questionário avaliar-se-á a precisão e a exatidão.

O método quantitativo caracteriza-se por ser um método dedutivo, que utiliza a recolha de dados para testar hipóteses e responder às questões de pesquisa através da medição numérica e de análise estatística de modo a estabelecer padrões de comportamento (Sampieri, Collado e Lucio, 2006). Este enfoque, segundo Sampieri, Collado e Lucio (2006), tem origem numa ideia, que é transformada numa ou mais questões de pesquisa que, consequentemente cria hipóteses e variáveis, de seguida é elaborado um plano com o objetivo de medir e testar as variáveis, feita a análise (frequentemente por métodos estatísticos) e tiradas as conclusões sobre as hipóteses.

Os estudos de natureza exploratória são realizados com o objetivo de analisar um problema ou tema pouco estudado, sobre o qual há dúvidas (Sampieri, Collado e Lucio, 2006). Segundo os mesmos autores, este tipo de estudo é poucas vezes conclusivo, uma vez que, por norma, identificam área, contextos e situações de estudo, sugerindo pesquisas posteriores mais elaboradas e rigorosas.

Posto isto, e conforme o objetivo proposto, com este estudo pretende-se construir e validar um questionário para que, posteriormente, possa ser aplicado. Podemos assim dizer que, este consiste num estudo piloto para a realização do questionário final a ser aplicado.

Definição da Amostra

População, Amostra

De modo a cumprir o objetivo proposto, foi necessário definir a população que se pretende estudar. Segundo Fortin (2009), o processo de amostragem exige uma definição precisa desta população. A população ou universo, consiste na totalidade dos casos, com as mesmas características, acerca dos quais se pretende tirar conclusões (Fortin, 2009; Hill e Hill, 2000). No presente estudo, o universo são os familiares de todos os utentes internados nas UCCI-MDR da zona centro. Estabelecido o universo pretendido, foi necessário obter uma amostra, com vista à aplicação do questionário, de modo a recolher os dados, realizar a análise estatística e retirar as respetivas conclusões.

O método de amostragem utilizado neste estudo foi amostragem por conveniência, que consiste num método não-probabilístico. Apesar de não serem aconselháveis em todos os estudos, este tipo de método é útil em estudos exploratórios no qual não existe a necessidade de generalizar os resultados, e em que apenas se pretende testar o questionário (Fortin, 2009; Hill e Hill, 2000), como é o caso da presente investigação. Na amostragem por conveniência, os casos estão facilmente disponíveis, têm a vantagem de ser rápido, barato e fácil, pois a sua constituição é feita por pessoas que estão num determinado sítio, num determinado momento (Fortin, 2009; Hill e Hill, 2000).

Desta forma, o presente trabalho incide sobre a população habitante em Portugal que tenha um familiar internado há, pelo menos, duas semanas numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Média Duração e Reabilitação pertencente à zona centro. A população alvo deve ter uma faixa etária superior a 18 anos e relativamente ao género pode ser feminino ou masculino.

Obtenção da amostra

Para a obtenção da amostra foram contactadas diversas unidades de Cuidados Continuados Integrados de média duração e reabilitação, pertencentes à zona centro. Das várias unidades foi obtido uma resposta positiva para colaborar das seguintes instituições: Unidade de Média Duração e Reabilitação da Santa Casa da Misericórdia de Figueiró dos Vinhos com um total de 15 camas; a Unidade de Média Duração e Reabilitação do Hospital Misericórdia da Mealhada, com 30 camas; A Unidade de Média Duração e Reabilitação da Santa Casa da Misericórdia da Batalha com 29 camas; e a

Unidade de Média Duração e Reabilitação da Santa Casa da Misericórdia de Leiria, com 27 camas.

Obtidas as autorizações, foi necessário ir até às instituições e, tal como acontece neste tipo de amostra, inquirir os familiares à medida que estes se dirigiam às mesmas para visitar o seu familiar internado.

Dimensão amostral

No que respeita à dimensão amostral, segundo Aguiar (2013) o número mínimo a considerar para se poder validar duas medidas numéricas com um coeficiente de correlação, são 30 pessoas. Também Hill e Hill (2000), aconselham que, para um projeto de investigação no âmbito escolar, é preferível trabalhar com um universo pequeno, pois traz mais vantagens. Fortin (2009), afirma também que, um estudo de natureza exploratória pode ter uma amostra de tamanho reduzido que, será suficiente para obter a informação necessária.

A amostra final foi constituída por 41 familiares, pertencentes às diversas unidades que colaboraram na realização deste estudo dando o seu consentimento para inquirir os familiares dos seus utentes internados. Do total dos 41 familiares, 9 familiares foram questionados na Unidade de Média Duração e Reabilitação da Santa Casa da Misericórdia de Figueiró dos Vinhos; 10 familiares na Unidade de Média Duração e Reabilitação do Hospital Misericórdia da Mealhada; 11 familiares na Unidade de Média Duração e Reabilitação da Santa Casa da Misericórdia da Batalha; e por fim 11 familiares na Unidade de Média Duração e Reabilitação da Santa Casa da Misericórdia de Leiria.

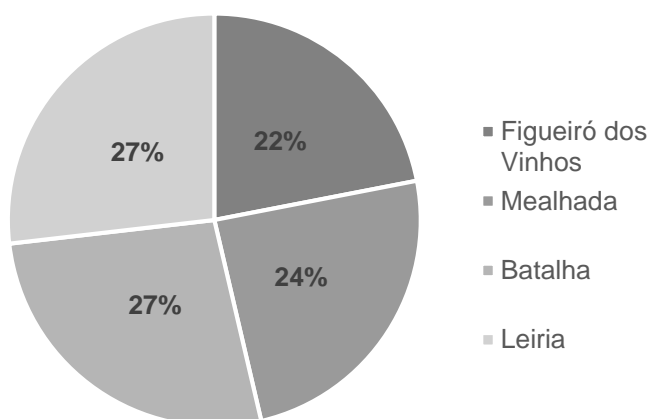


Figura 3 – Distribuição da amostra pelas unidades de cuidados continuados

Questões éticas

Um dos aspetos mais importantes em investigação é o cumprimento dos princípios éticos e morais que os diferentes estudos levantam, especialmente quando este depende da colaboração de terceiros (Fortin, 2009). Os princípios éticos e morais devem ser cumpridos de modo a respeitar os interesses e direitos dos cidadãos que colaboram com a investigação. Segundo Fortin (2009), apesar dos desenvolvimentos e conhecimentos que um estudo traz, dependendo dos conceitos, métodos de recolha de dados e divulgação de resultados, pode prejudicar os direitos fundamentais dos cidadãos. O mesmo autor alerta para eventuais conflitos decorrentes de problemas éticos e das exigências morais que ponham em causa o rigor da investigação. Num projeto de investigação, independentemente do processo de recolha de dados/conhecimentos, não se pode ultrapassar os limites referentes ao respeito e à proteção do direito de viver de forma livre e digna enquanto ser humano (Fortin, 2009).

É importante ter em conta a importância destas questões nomeadamente por este ser um projeto com uma população alvo vulnerável. Qualquer estudo que viole os direitos ou que seja suscetível de causar prejuízo ao cidadão é moralmente inaceitável (Fortin, 2009). Posto isto, com o objetivo de não causar dano e/ou prejuízo, violar os direitos dos cidadãos, e para ser um estudo moralmente aceitável, uma vez estabelecido o contacto com a pessoa a inquirir, foi-lhe explicitado quais os objetivos do estudo, o tempo médio que ia durar a realizar o questionário, e dada a garantia da inexistência de danos pessoais. Contudo, foi englobado no questionário, uma cláusula onde o inquirido dá o seu consentimento a partir do momento em que concorda responder ao questionário. Este questionário é voluntário e sem qualquer prejuízo para o cidadão, seja qual for a sua decisão.

Dadas todas as informações necessárias e esclarecidas eventuais dúvidas, procedeu-se à aplicação do questionário.

Anonimato e confidencialidade

Também o anonimato e a confidencialidade são direitos do inquirido. Estes são respeitados se não for possível, nem mesmo pelo investigador, identificar as repostas dos inquiridos associando-os à sua identidade (Fortin, 2009).

Uma vez que no presente estudo foi necessário realizar o teste reteste, foi igualmente preciso identificar os questionários de modo a conseguir fazer corresponder o primeiro ao segundo. Foram assim numerados os questionários e construído um Excel onde o número correspondia à informação necessária para identificar o inquirido.

Concluído o segundo questionário e feita a devida correspondência com o primeiro, foram agrupados e colocados os dados no SPSS. Após a introdução dos dados no SPSS, o Excel que continha a identificação dos inquiridos foi eliminado de forma permanente, respeitando assim, a confidencialidade e o anonimato dos dados. Durante o período de tempo necessário o Excel foi guardado no computador do investigador, que está protegido por palavra-chave ao qual só investigador tem acesso.

Os questionários em papel utilizados para a recolha de dados ficaram a cargo e sob a responsabilidade do investigador. O instrumento original para a colheita da informação foi conservado num local seguro durante o período de tempo necessário para a investigação. Segundo Fortin (2009), estes devem ser destruídos, queimando-os ou desfiando-os.

Instrumento de recolha de dados

Sendo o objetivo deste estudo a construção e validação de um questionário de satisfação, o instrumento de pesquisa utilizado foi um questionário¹. Este consiste num conjunto de questões referentes à ou às variáveis que se pretende analisar (Sampieri, Collado e Lucio, 2006). As questões podem ser do tipo fechadas ou abertas, sendo que as primeiras têm alternativas de resposta específicas e as questões abertas são de resposta livre, não apresentam alternativas (Fortin, 2009; Sampieri, Collado e Lucio, 2006). Esta técnica permite uma maior organização, normalização e controlo da informação recolhida, levando a um maior controlo de enviesamentos (Fortin, 2009).

O questionário aplicado é composto por 21 questões fechadas, uma vez que as opções de resposta possíveis eram fornecidas e não podiam ser alteradas. Para isso foi utilizada uma escala única tipo Likert (“ver definição abaixo”).

Os questionários foram aplicados presencialmente por autoadministração e entrevista (“ver abaixo”), em dois momentos diferentes, devido à realização do teste reteste.

Construção do questionário

Para a elaboração do questionário em questão realizou-se um estudo preliminar, através de uma revisão de literatura sobre a satisfação dos utilizadores (utentes e familiares) dos cuidados continuados. Através desta pôde-se entender quais as

¹ Este documento encontra-se em anexo. Ver anexo I. p. II-IV

dimensões da satisfação mais relevantes a avaliar e quais os mais utilizados nos diversos estudos.

Conceptualização – Identificação das dimensões

Dos diferentes estudos, para a elaboração de instrumentos de pesquisa apresentados na literatura, vimos que os vários autores consideraram diferentes dimensões a avaliar. Analisados as dimensões mais relevantes a nível internacional (Ejaz *et al.*, 2003; Frentzel *et al.*, 2012; Shippee *et al.*, 2015), foi igualmente pedido, por e-mail, à Dra. Elsa Baião, Coordenadora da ECR da Rede de Cuidados Continuados de Lisboa e Vale do Tejo, quais as dimensões com maior necessidade em serem avaliados na sua perspetiva profissional. Foi também obtido o contributo do Dr. Bernardo Pereira – Médico, da Dra. Cristiana Caetano e da Dra. Mónica Pereira – Técnicas de Serviço Social, todos elementos integrantes da Equipa Coordenadora Regional (ECR-LVT). Deste pedido surgiram várias dimensões, tendo sido mais relevantes consoante a população alvo e a revisão da literatura os seguintes:

- As visitas;
- A experiência do familiar com os profissionais de saúde;
- A unidade – instalações;
- Cuidados de saúde prestados durante o internamento;
- O familiar e o seu papel – implicação do familiar no processo;
- Articulação dos profissionais da unidade com família e utente para acompanhamento da evolução do estado clínico do utente;
- Expetativa relativa ao internamento na RNCCI;

Tendo em consideração estes dois fatores – a revisão de literatura e a consulta a especialistas – foram definidas as seguintes cinco dimensões a estudar: “Instalações e ambiente”; “Profissionais de saúde”; “Cuidados”; “Informações” e “Refeições”.

Desenho do questionário – Desenvolvimento dos itens

Definidas as dimensões a serem estudados é necessário proceder à elaboração dos itens. Partindo da literatura já referida (Ejaz *et al.*, 2003; Frentzel *et al.*, 2012; Shippee *et al.*, 2015) foram analisados os itens por estes estudados e seguindo a sugestão dos especialistas da ECR-LVT, foram constituídos os itens. Na sua elaboração

foram tidos em conta aspetos importantes como a clareza, a credibilidade e a simplicidade na sua formulação.

A escala

A escala utilizada para avaliar o grau de satisfação é uma escala tipo Likert. Esta contém cinco respostas possíveis, em que o inquirido escolhe uma, consoante está, ou não, de acordo com os enunciados (Fortin, 2009). Os enunciados consistem em afirmações ou juízos, sobre os quais os inquiridos vão reagir (Sampieri, Collado e Lucio, 2006). Para cada alternativa da escala é definido um valor numérico, que vai resultar numa pontuação para cada enunciado, e no final uma pontuação total para todas as afirmações (Sampieri, Collado e Lucio, 2006). Neste questionário utilizou-se a seguinte escala: 0 – Discordo completamente; 1 – Discordo; 2 – Não concordo nem discordo; 3 – Concordo; 4 – Concordo completamente. Para o mesmo enunciado apenas pode ser assinalada, com um “X” uma resposta, se forem assinaladas duas, o questionário é considerado inválido.

Para proceder à avaliação, foi definido que quanto maior a pontuação melhor os resultados. Para isto, foi necessário proceder à inversão da escala quando a afirmação estava feita na negativa, essas afirmações são: “Estou insatisfeito com o conforto e privacidade dos quartos”; “Estou insatisfeito porque já vi os profissionais de saúde a serem rudes para o meu familiar ou outros utentes”; “Estou insatisfeito porque não sou esclarecido/informado quando preciso”; “Estou insatisfeito com a quantidade de comida que é servida”. Posto isto, quando a afirmação contém “insatisfação” em vez de “satisfação” a escala inverte, sendo que: 4- Discordo Completamente; 3 – Discordo; 2 – Não concordo nem discordo; 1 – Concordo; 0 – Concordo completamente.

Painel de peritos

Como componente da validação é fundamental a garantia, por parte de peritos, de que o instrumento utilizado represente o que é pretendido avaliar. Segundo Fortin (2009), é essencial que os especialistas garantam que o instrumento de pesquisa mede o que se propõe a medir. Este processo faz parte da validação de conteúdo.

Tratando-se de um projeto de investigação em ambiente escolar, a representatividade do questionário foi avaliada por dois peritos, professores doutores, licenciados em medicina, que têm os conhecimentos necessários na área da qualidade em saúde e de cuidados de saúde para fazer a respetiva peritagem.

Após ter sido submetida aos peritos, avaliada e feitas as respectivas correções, a versão final do questionário foi submetida ao pré-teste.

Pré-teste

Após a realização da peritagem, segue-se a aplicação do pré-teste. O pré-teste tem como finalidade avaliar a eficácia e a pertinência do questionário, identificando possíveis problemas na sua aplicação (Aguiar *et al.*, 2012; Fortin, 2009). Isto é, perceber se as questões estão bem redigidas, se são bem compreendidas ou se existe necessidade de alterar, corrigir ou modificar o questionário. Segundo Fortin (2009), o pré-teste tem o objetivo de testar a eficácia e pertinência do questionário através dos seguintes pontos:

- Teste de compreensão semântica, isto é, se os termos usados são de fácil compreensão e não provocam equívocos;
- Se as questões permitem recolher a informação pretendida;
- Se o tamanho do questionário é adequado, não levando ao desinteresse ou irritação do inquirido;
- Se as questões não são ambíguas.

O pré-teste aplica-se a uma pequena amostra com as mesmas características da população que se pretende estudar. Aguiar (2012), considera que entre 5 a 10 indivíduos já é possível identificar alguma questão que necessite de ser ajustada.

No presente estudo foi realizado um pré-teste numa pequena amostra de 10 pessoas e após a sua aplicação foram feitos os ajustes necessários referidos pela amostra e observados pelo investigador. Concluído o pré-teste, procedeu-se à aplicação do questionário.

Aplicação do questionário

As autorizações das instituições foram obtidas em alturas diferentes e a realização dos questionários nas diversas unidades decorreu entre o dia 26 de junho a 13 de agosto do ano 2017.

Inicialmente pretendia-se que o questionário fosse autoadministrado, sem interferência de terceiros. Contudo, devido a fatores biológicos e/ou escolares que

afetavam a amostra não foi possível aplicar o questionário apenas de maneira autoadministrada, tendo sido necessário recorrer, também, à aplicação por meio de entrevista. Os inquéritos por entrevista foram realizados pela investigadora responsável pela realização do presente projeto de investigação.

A aplicação do questionário por autoadministração, pressupõe que o questionário seja entregue diretamente ao inquirido, e que este responda, marcando a resposta sem que haja um intermediário. Já a aplicação por entrevista pessoal, existe um intermediário, o entrevistador, que lê as questões e redige as respostas do entrevistado. Neste tipo de aplicação é importante o conhecimento profundo do questionário por parte do entrevistador e este não deve distorcer ou influenciar as respostas (Sampieri, Collado e Lucio, 2006).

Critérios de exclusão dos questionários

Dos questionários aos quais foram obtidas respostas, foram identificados e eliminados todos aqueles cujo preenchimento estava incompleto, incorreto ou impercetível. Foram igualmente excluídos todos os inquéritos cujas respostas foram influenciadas por outras pessoas, e quando as condições de aplicação do segundo inquérito foram diferentes das do primeiro.

Apresentação das variáveis

Variáveis de caracterização da amostra

Relativamente às variáveis que caracterizam a amostra, foram utilizadas as seguintes:

Variável	Valores	Medida
Idade	–	Escala
Idade_cat	1 – < 65 anos	Nominal
(recodificada a partir da idade)	2 – ≥ 65 anos	
Sexo	1 – Feminino	Nominal
	2 – Masculino	
Escolaridade	1 – < 1º Ciclo	Nominal
	2 – 1º Ciclo	
	3 – 2º Ciclo	
	4 – 3º Ciclo	
	5 – Ensino Secundário	
	6 – Ensino Superior	
Nível de escolaridade	1 – ≤ Ensino secundário	Nominal
(recodificada a partir da escolaridade)	2 – > Ensino secundário	
Parentesco com o utente	1 – Cônjuge	Nominal
	2 – Filho/Filha	
	3 – Irmão/Irmã	
	4 – Genro/Nora	
	5 – Neto/Neta	
	6 – Tio/tia	
	7 – Sobrinho/Sobrinha	
	8 – Outro	

Tabela 4 – Variáveis de caracterização da amostra

Variáveis do questionário de satisfação

Para a elaboração do questionário foram definidas as cinco dimensões seguintes: Instalações e ambiente, com quatro variáveis; Profissionais de saúde, com cinco variáveis; Cuidados; Informações; e Refeições, com quatro variáveis cada uma. Nos quadros abaixo podemos ver as variáveis referentes a cada dimensão estudada.

Dimensão	Instalações e ambiente
Variáveis	<ul style="list-style-type: none">• Sinto-me satisfeito com a localização da unidade• Estou satisfeito com a higiene e limpeza da unidade• Estou insatisfeito com o conforto e privacidade dos quartos• Sinto-me satisfeito com o espaço disponibilizado para as visitas (com privacidade, se necessário)• SCORE da dimensão “Instalações e ambiente”
Dimensão	Profissionais de saúde
Variáveis	<ul style="list-style-type: none">• Sinto-me satisfeito porque os profissionais de saúde são simpáticos, gentis e pacientes• Sinto-me satisfeito porque os profissionais de saúde estão disponíveis e são acessíveis• Estou satisfeito porque os profissionais de saúde são corretos a fazerem o seu trabalho• Estou insatisfeito porque já vi os profissionais de saúde a serem rudes para o meu familiar ou outros utentes• Estou satisfeito na medida em que os profissionais de saúde respeitam a privacidade do meu familiar• SCORE da dimensão “Profissionais de saúde”
Dimensão	Cuidados
Variáveis	<ul style="list-style-type: none">• Estou satisfeito porque o meu familiar está bem cuidado (tem a higiene feita, cheira bem e tem boa aparência)• Estou satisfeito porque me sinto confiante em relação aos cuidados• Estou satisfeito porque me sinto confiante em relação aos cuidados prestados ao meu familiar• Estou satisfeito porque estão a ser prestados os cuidados necessários e inicialmente planeados

	<ul style="list-style-type: none"> SCORE da dimensão “Cuidados”
Dimensão	Informações
Variáveis	<ul style="list-style-type: none"> Estou satisfeito na medida em que sou envolvido nas decisões relativas ao meu familiar Sinto-me satisfeito porque sou informado sobre alterações do estado de saúde do meu familiar Estou insatisfeito porque não sou esclarecido/informado quando preciso Sinto-me satisfeito porque quando sou esclarecido, é de uma forma simples e fácil de compreender SCORE da dimensão “Informações”
Dimensão	Refeições
Variáveis	<ul style="list-style-type: none"> Estou satisfeito com a variedade das refeições Estou insatisfeito com a quantidade de comida que é servida Estou satisfeito com a qualidade da comida Estou satisfeito com a quantidade de profissionais para auxiliar os utentes durante as refeições SCORE da dimensão “Refeições”
Total	Total
Varável	<ul style="list-style-type: none"> SCORE total dos 21 itens

Tabela 5 – Variáveis do questionário de satisfação

Todas as variáveis acima referidas pertencentes ao questionário de satisfação foram duplicadas, existindo assim, uma variável referente ao teste e outra ao reteste.

Procedimento de análise estatística

Quanto ao plano de análise estatística, de modo a responder ao objetivo proposto e à questão de investigação, recorreu-se a métodos estatísticos com o objetivo de analisar a precisão e a exatidão para avaliar a validade da escala utilizada. Para isso recorreu-se aos testes paramétricos *t-student* para amostra emparelhadas e teste *T-student* para amostras independentes, ao teste não paramétrico coeficiente de correlação de *Spearman*, à análise do alfa de Cronbach e da correlação inter-itens e análise o coeficiente de correlação intra-classe.

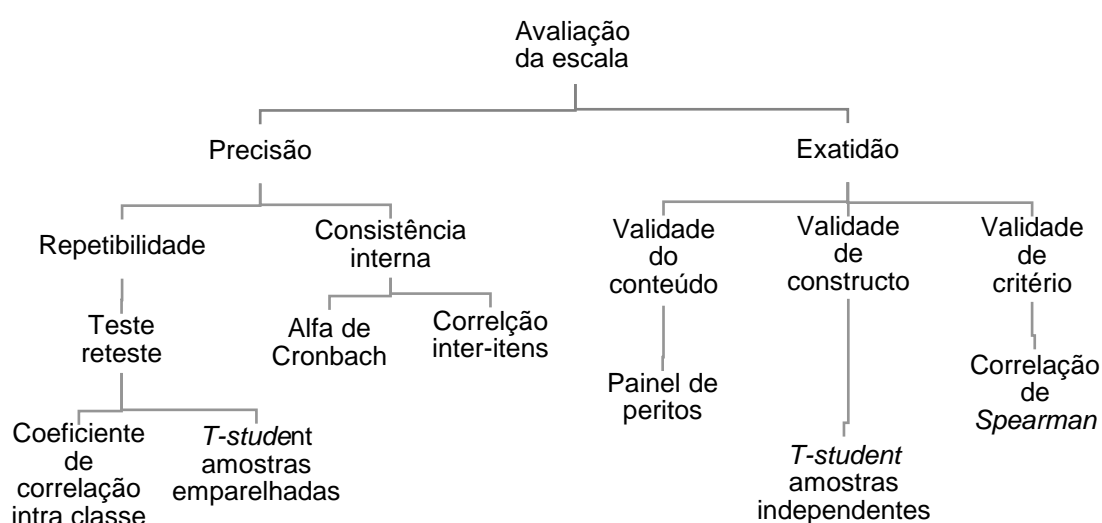


Figura 4 – Representação esquemática do processo de validação utilizado (elaboração própria)

De modo a descrever a amostra e os valores obtidos através de algumas variáveis, foi realizada também uma análise estatística descritiva que consiste em, distribuição de frequências e medidas de tendência central, consoante a natureza das variáveis (Fortin, 2009).

Para tal, em primeiro lugar, foram introduzidos na base de dados todos os resultados obtidos nos questionários. Para a construção e tratamento da base de dados foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.

Análise descritiva

Distribuição de frequências

Para as variáveis categóricas foi realizada uma análise descritiva através de uma distribuição de frequências. Estas são apresentadas em tabelas de frequências com a respetiva amostra e percentagem. Esta distribuição consiste em atribuir a cada categoria, o número de vezes em que esta se repete.

As variáveis são, todas as variáveis teste que constituem cada dimensão, e as variáveis sexo; escolaridade; e grau de parentesco que caracterizam a amostra.

Medidas de tendência central

No que respeita às medidas de tendência central, foram realizadas para as variáveis numéricas, são elas: Idade; Score “Instalações e ambiente” – teste; Score “Profissionais de saúde” – teste; Score “Cuidados” – teste; Score “Informações” – teste; Score “Refeições” – teste e o Score total de todos os 21 itens – teste.

As medidas de tendência central aplicadas foram, a média, mediana, desvio padrão e valores máximo e mínimo.

Análise da validade da escala

Exatidão

- **Validade de conteúdo**

Como vimos a validação de conteúdo é uma etapa da validação do questionário que antecede o pré-teste e a aplicação final do questionário. Por isso esta está integrada na parte da construção do questionário.

- **Validade de critério**

No presente caso, pretende-se correlacionar a escala global e as suas dimensões com uma pergunta de satisfação que não pertence ao questionário², através

² Esta pergunta encontra-se no questionário aplicado, mas não está numerada. Anexo I, p. II-IV

da validade concomitante. Este coeficiente de correlação pretende medir a exatidão do questionário, através de análise estatística.

No presente estudo calculou-se o coeficiente de correlação de *Spearman*³ para realizar a validação de critério através da correlação das variáveis score-teste com a pergunta extra ao questionário.

- **Validade de constructo**

Teste *t-student* para amostras independentes⁴

No presente estudo utilizou-se o teste *t-student* para amostras independentes para verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre as médias consoante o sexo, a idade e a escolaridade com o objetivo de verificar a validade de constructo.

Precisão

- **Teste-reteste**

Como vimos, o teste reteste consiste em aplicar por duas vezes o mesmo questionário, à mesma amostra com um intervalo de, pelo menos, uma semana após a primeira aplicação de modo a obter uma correlação positiva.

Para realizar o teste reteste no presente projeto de investigação, a segunda aplicação do inquérito foi efetuada com uma semana de intervalo. Foram sentidas algumas limitações na segunda aplicação, o que levou a que, no final, ficassem 10 questionários por repetir. Estes não foram validos para o teste-reteste, no entanto foram considerados para a realização dos outros testes de validação em que só foi utilizado o teste.

Na presente investigação, de modo a avaliar a precisão do instrumento utilizado realizaram-se duas análises. A primeira por aplicação do teste *t-student* para amostras emparelhadas e a segunda através do coeficiente de correlação intra-classe, entre o conjunto dos valores observados no teste (1ª aplicação) e reteste (2ª aplicação).

³ Ver anexo II, p. V

⁴ Ver anexo III, p. VI

T-student para amostras emparelhadas

O teste *t-student* para amostra emparelhadas é um teste paramétrico através do qual se avalia a correlação entre as respostas teste e retestes no mesmo grupo de indivíduos (Pestana e Gageiro, 2014). Para avaliar os resultados obtidos neste teste, compara-se a média das diferenças entre os pares das observações de duas variáveis com o valor zero, de modo a verificar se há ou não modificações significativas da diferença dos pares (Pestana e Gageiro, 2008).

No presente caso, para a realização do teste reteste recorreu-se ao teste *t-student* para amostras emparelhadas, com o objetivo de avaliar a correlação das variáveis teste e reteste. Neste tipo de correlação, o resultado pretendido, é que a diferença entre as médias teste e reteste seja igual a zero, o que significa que não existem diferenças.

As variáveis relacionadas foram os scores de todas as dimensões teste, com os scores de todas as dimensões reteste, e o total, teste e reteste. Isto é:

Par	Score – Teste	Score – Reteste
1	Score Instalações e ambiente	Score Instalações e ambiente
2	Score Profissionais de saúde	Score Profissionais de saúde
3	Score Cuidados	Score Cuidados
4	Score Informações	Score Informações
5	Score Refeições	Score Refeições
6	Score Total das Dimensões	Score Total das Dimensões

Tabela 6 – Pares analisados através do teste t-Student para amostras emparelhadas.

Coeficiente de correlação intra-classe

O coeficiente de correlação intra-classe é utilizado para verificar a igualdade das classificações médias atribuídas por vários sujeitos (Pestana e Gageiro, 2014).

Existem três modelos neste coeficiente: O modelo “*misto de duas vias*” que se utiliza para classificações aleatórias quando os sujeitos são únicos; O “*aleatório de duas vias*” para amostras aleatórias tanto do sujeito como das classificações; E o modelo “*aleatório de uma via*” não se conhece quem atribuiu cada classificação (Pestana e Gageiro, 2014).

Neste estudo utilizou-se o modelo “*misto de duas vias*” do coeficiente de correlação intra-classe para avaliar o grau de correlação das classificações médias dadas pelos inquiridos às diferentes variáveis. De modo a avaliar o coeficiente de correlação intra-classe, correlacionou-se as variáveis score-teste com a variável score-reteste de cada dimensão, separadamente. Assim como a variável score-teste com a variável score-reteste do total de todos os itens do questionário.

- **Alfa de Cronbach**

Como vimos na literatura, o alfa de Cronbach é utilizado para estimar a consistência interna do instrumento de medida, verificando se cada enunciado da escala mede o mesmo conceito de forma igual. Para ter um valor aceitável este deve apresentar um alfa de Cronbach superior a 0,60.

Neste estudo o alfa de Cronbach foi calculado para medir a consistência interna de cada dimensão e do total de todos os itens, através da análise de todas as variáveis teste.

- **Correlação inter-itens**

Neste estudo verificou-se a correlação dos vários itens de cada dimensão e com o total dos itens. Os resultados desta correlação foram analisados conjuntamente com o alfa de Cronbach.

Capítulo 4

Apresentação de Resultados

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos com o tratamento estatístico (paramétrico e correlacional) com base em testes paramétricos e coeficientes de correlação a um nível de significância de 5% (IC=95%). Foram considerados 41 questionários válidos, que incluíam indivíduos do sexo feminino e masculino, de várias idades, níveis de escolaridade e com diferentes graus de parentesco.

Como a amostra $n > 30$, devido ao teorema do limite central que nos diz que, em amostras grandes ($n > 30$) a distribuição tende naturalmente para a normalidade (Marôco, 2014; Pestana e Gageiro, 2014), não é necessário verificar a normalidade.

Análise descritiva

Caracterização da amostra

Através da análise da Tabela 7, relativa à idade dos inquiridos ($n=41$), verifica-se que a média das idades dos inquiridos foi de 59,34 anos, tendo sido a idade máxima 84 anos e a mínima de 39 anos e com um desvio-padrão de 11,69.

	n	Máximo	Mínimo	Média	Mediana	Desvio Padrão
Idade	41	84	39	59,34	59,0	11,69

Tabela 7 – Tabela de medidas de tendência central da variável idade.

No que respeita ao sexo da amostra inquirida ($n=41$) verificámos que, 34 pessoas são do sexo feminino correspondendo à maior parte da amostra com 82,9% e do sexo masculino obteve-se um total de 7 pessoas, que equivale a 17,1% (Tabela 8). Quanto à escolaridade, como podemos ver na Tabela 8, verifica-se que 3 pessoas (7,3%) dos 41 inquiridos têm uma escolaridade inferior ao 1º ciclo, 8 têm o 1º ciclo completo (19,5%), 1 pessoa tem o 2º ciclo (2,4%), 11 pessoas (26,8%) têm o 3º ciclo, 10 pessoas (24,4%) têm o ensino secundário e por fim 8 pessoas frequentaram o ensino superior (19,5%). Relativamente ao grau de parentesco do inquirido para com o familiar, a maioria dos inquiridos eram filhos/filhas com um total de 27 pessoas o que corresponde a 65,9% da amostra, 9 pessoas eram os cônjuges (22%), 2 inquiridos eram neto/neta (4,9%), 1 pessoa era sobrinho/sobrinha (2,4%) e 2 pessoas (4,9%) responderam “outro” (Tabela 8). Dos inquiridos que responderam “outro” em relação ao familiar um era mãe e outra pessoa intitulou-se de “cuidadora”.

Variáveis		Frequência	Percentagem
Sexo	Feminino	34	82,9%
	Masculino	7	17,1%
	Total	41	100%
Escolaridade	< 1º Ciclo	3	7,3%
	1º Ciclo	8	19,5%
	2º Ciclo	1	2,4%
	3º Ciclo	11	26,8%
	Ensino Secundário	10	24,4%
	Ensino Superior	8	19,5%
	Total	41	100%
Grau de parentesco	Cônjuge	9	22%
	Filho/Filha	27	65,9%
	Neto/Neta	2	4,9%
	Sobrinho/Sobrinha	1	2,4%
	Outro	2	4,9%
	Total	41	100%

Tabela 8 - Tabela de distribuição de frequências das variáveis sexo, escolaridade e grau de parentesco

Concluimos assim que, a amostra estudada é maioritariamente feminina (82,9%), a idade média ronda os 59 anos, com um nível de escolaridade equivalente ao ensino básico e o grau de parentesco com o utente internado mais frequente é filho/filha.

Caracterização das variáveis em estudo

Instalações e ambiente

Relativamente à dimensão “Instalações e ambiente”, através da observação da Tabela 9 podemos verificar que ao primeiro item “sinto-me satisfeito com a localização da unidade”, 2 pessoas responderam “não concordo nem discordo” (4,9%), 18 (43,9%) responderam “concordo” e 21 “concordo completamente” (51,2%). No item “Estou satisfeito com a higiene e limpeza da unidade”, 17 pessoas (41,5%) responderam “concordo” e 24 (58,5%) responderam “concordo completamente”. Quanto ao item “Estou insatisfeito com o conforto e privacidade dos quartos”, 20 pessoas responderam “discordo completamente” (48,8%), 17 (41,5%) responderam “discordo”, 2 “concordo” (4,9%) e 2 pessoas (4,9%) “concordo completamente”. O item “Sinto-me satisfeito com

o espaço disponibilizado para as visitas (com privacidade, se necessário)” obteve 14 respostas em “concordo completamente” (34,1%), 21 respostas (51,2%) “concordo”, 5 respostas “não concordo nem discordo” (12,2%) e 1 resposta (2,4%) “discordo”.

Sinto-me satisfeito com a localização da unidade

	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo completamente	Total
Frequência	2	18	21	41
Percentagem	4,9 %	43,9%	51,2%	100%

Estou satisfeito com a higiene e limpeza da unidade

	Concordo	Concordo completamente	Total
Frequência	17	24	41
Percentagem	41,5%	58,5%	100%

Estou insatisfeito com o conforto e privacidade dos quartos

	Discordo completamente	Discordo	Concordo	Concordo completamente	Total
Frequência	20	17	2	2	41
Percentagem	48,8%	41,5%	4,9%	4,9%	100%

Sinto-me satisfeito com o espaço disponibilizado para as visitas (com privacidade, se necessário)

	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo completamente	Total
Frequência	1	5	21	14	41
Percentagem	2,4%	12,2%	51,2%	34,1%	100%

Tabela 9 – Tabela de frequências por itens na dimensão “Instalações e ambiente”

Uma vez obtidos os resultados dos itens acima referidos, foi calculado o score total da dimensão. A média obtida é de 3,37, a mediana de 3,50, um desvio padrão de 0,52. O valor máximo obtido foi 4 e o valor mínimo 2,50 (Tabela 10).

Score da dimensão	n	Máximo	Mínimo	Média	Mediana	Desvio Padrão
	41	4,00	2,50	3,37	3,50	0,52

Tabela 10 – Tabela de estatística descritiva do score total da dimensão “Instalações e ambiente”

Profissionais de saúde

Sinto-me satisfeito porque os profissionais de saúde são simpáticos, gentis e pacientes

	Concordo	Concordo completamente	Total
Frequência	17	24	41
Percentagem	41,5%	58,5%	100%

Sinto-me satisfeito porque os profissionais de saúde estão disponíveis e são acessíveis

	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo completamente	Total
Frequência	1	18	22	41
Percentagem	2,4%	43,9%	53,7%	100%

Estou satisfeito porque os profissionais de saúde são corretos a fazerem o seu trabalho

	Concordo	Concordo completamente	Total
Frequência	18	23	41
Percentagem	43,9%	56,1%	100%

Estou insatisfeito porque já vi os profissionais de saúde a serem rudes para o meu familiar ou outros utentes

	Discordo	Discordo completamente	Total
Frequência	14	27	41
Percentagem	34,1%	65,9%	100%

Estou satisfeito na medida em que os profissionais de saúde respeitam a privacidade do meu familiar

	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo completamente	Total
Frequência	2	19	20	41
Percentagem	4,9%	46,3%	48,8%	100%

Tabela 11 – Tabela de frequências dos itens na dimensão “Profissionais de saúde”

No que respeita à dimensão “Profissionais de saúde”, pela observação da Tabela 11 verifica-se que no item “Sinto-me satisfeito porque os profissionais de saúde são simpáticos, gentis e pacientes”, 17 pessoas responderam “concordo” (41,5%) e 24 responderam “concordo completamente” (58,5%). O item “Sinto-me satisfeito porque os profissionais de saúde estão disponíveis e são acessíveis”, obteve 1 resposta “não concordo nem discordo” (2,4%), 18 respostas (43,9%) “concordo” e 22 respostas “concordo completamente” (53,7%). relativamente ao item “Estou satisfeito porque os profissionais de saúde são corretos a fazerem o seu trabalho”, 18 pessoas responderam

“concordo” (43,9%) e 23 pessoas (56,1%) “concordo completamente”. No item “Estou insatisfeito porque já vi os profissionais de saúde a serem rudes para o meu familiar ou outros utentes” 14 pessoas responderam “discordo” (34,1%) e 27 respostas (65,9%) “discordo completamente”. Por fim, no item “Estou satisfeito na medida em que os profissionais de saúde respeitam a privacidade do meu familiar” obteve-se 2 respostas (4,9%) “não concordo nem discordo”, 19 respostas (46,3%) “concordo” e 20 respostas “concordo completamente” (48,8%).

Através dos resultados dos itens da dimensão, foi calculado a sua score total e realizada uma análise das medidas de tendência central. Pela observação da Tabela 12 verifica-se que a média é de 3,55, a mediana de 3,80, um desvio padrão de 0,46 e os valores máximo e mínimo de 4 e 2,80, respetivamente.

Score da dimensão	n	Máximo	Mínimo	Média	Mediana	Desvio Padrão
	41	4,00	2,80	3,55	3,80	0,46

Tabela 12 – Tabela de estatística descritiva do score total da dimensão “Profissionais de saúde”

Cuidados

No que toca à dimensão “Cuidados”, observando a Tabela 13 verificamos que ao item “Estou satisfeito porque o meu familiar recebe sempre os cuidados de saúde que precisa”, 23 pessoas responderam “concordo” (56,1%), 18 (43,9%) responderam “concordo completamente”. O item “Estou satisfeito porque o meu familiar está bem cuidado (tem a higiene feita, cheira bem e tem boa aparência)”, obteve 18 pessoas que responderam “concordo” (43,9%) e 23 (55,1%) responderam “concordo completamente”. No item “Estou satisfeito porque me sinto confiante em relação aos cuidados prestados ao meu familiar”, 17 pessoas responderam “concordo” (41,5%) e 24 (58,5%) responderam “concordo completamente”. Por último, o item “Estou satisfeito porque estão a ser prestados os cuidados necessários e inicialmente planeados” obteve 19 respostas em “concordo” (46,3%), 21 respostas (51,2%) “concordo completamente” e 1 resposta “não concordo nem discordo” (2,4%).

Estou satisfeito porque o meu familiar recebe sempre os cuidados de saúde que precisa

	Concordo	Concordo completamente	Total
Frequência	23	18	41
Percentagem	56,1%	43,9%	100%

Estou satisfeito porque o meu familiar está bem cuidado (tem a higiene feita, cheira bem e tem boa aparência)

	Concordo	Concordo completamente	Total
Frequência	18	23	41
Percentagem	43,9%	56,1%	100%

Estou satisfeito porque me sinto confiante em relação aos cuidados prestados ao meu familiar

	Concordo	Concordo completamente	Total
Frequência	17	24	41
Percentagem	41,5%	58,5%	100%

Estou satisfeito porque estão a ser prestados os cuidados necessários e inicialmente planeados

	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo completamente	Total
Frequência	1	19	21	41
Percentagem	2,4%	46,3%	51,2%	100%

Tabela 13 – Tabela de frequências por itens da dimensão “Cuidados”

Obtidos os resultados dos itens da dimensão, foi calculado o score total desta. Relativamente à média obtida foi de 3,52, a mediana de 3,75, um desvio padrão de 0,44, o valor máximo 4 e o valor mínimo 3 (Tabela 14).

Score da dimensão	n	Máximo	Mínimo	Média	Mediana	Desvio Padrão
	41	4,00	3,00	3,52	3,75	0,44

Tabela 14 – Tabela de estatística descritiva do score total da dimensão “Cuidados”

Informações

Observando da Tabela 15 podemos verificar que, relativamente à dimensão “Informações” no primeiro item “Estou satisfeito na medida em que sou envolvido nas decisões relativas ao meu familiar”, 23 pessoas (56,1%) responderam “concordo” e 18 responderam “concordo completamente” (43,9%). Ao item “Sinto-me satisfeito porque sou informado sobre alterações do estado de saúde do meu familiar”, 20 pessoas (48,8%) responderam “concordo”, 19 (46,3%) responderam “concordo completamente”

e 2 pessoas responderam “não concordo nem discordo” (4,9%). No item “Estou insatisfeito porque não sou esclarecido/informado quando preciso”, 22 pessoas responderam “discordo completamente” (53,7%) e 19 (46,3%) responderam “discordo”. Por fim, ao item “Sinto-me satisfeito porque quando sou esclarecido, é de uma forma simples e fácil de compreender” obteve-se 21 respostas (51,2%) “concordo” e 20 respostas “concordo completamente” (48,8%).

Estou satisfeito na medida em que sou envolvido nas decisões relativas ao meu familiar

	Concordo	Concordo completamente	Total
Frequência	23	18	41
Percentagem	56,1%	43,9%	100%

Sinto-me satisfeito porque sou informado sobre alterações do estado de saúde do meu familiar

	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo completamente	Total
Frequência	2	20	19	41
Percentagem	4,9%	48,8%	46,3%	100%

Estou insatisfeito porque não sou esclarecido/informado quando preciso

	Discordo	Discordo completamente	Total
Frequência	19	22	41
Percentagem	46,3%	53,7%	100%

Sinto-me satisfeito porque quando sou esclarecido, é de uma forma simples e fácil de compreender

	Concordo	Concordo completamente	Total
Frequência	21	20	41
Percentagem	51,2%	48,8%	100%

Tabela 15 – Tabela de frequências por itens da dimensão “Informações”

Score da dimensão	n	Máximo	Mínimo	Média	Mediana	Desvio Padrão
	41	4,00	2,75	3,47	3,25	0,47

Tabela 16 - Tabela de estatística descritiva do score total da dimensão “Informações”

Analisados os itens da dimensão, foi calculado o score total desta para o qual se obteve um máximo de 4 e um mínimo de 2,75. Quanto à média obtida foi de 3,47, a mediana de 3,25 e um desvio padrão de 0,47 (Tabela 16).

Refeições

Estou satisfeito com a variedade das refeições

	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo completamente	Total
Frequência	1	14	13	13	41
Percentagem	2,4%	34,1%	31,7%	31,7%	100%

Estou insatisfeito com a quantidade de comida que é servida

	Discordo completamente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo completamente	Total
Frequência	14	11	13	2	1	41
Percentagem	34,1%	26,8%	31,7%	4,9%	2,4%	100%

Estou satisfeito com a qualidade da comida

	Discordo completamente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo completamente	Total
Frequência	2	1	9	17	12	41
Percentagem	4,9%	2,4%	22%	41,5%	29,3%	100%

Estou satisfeito com a quantidade de profissionais para auxiliar os utentes durante as refeições

	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo completamente	Total
Frequência	9	18	14	41
Percentagem	22%	43,9%	34,1%	100%

Tabela 17 – Tabela de frequências dos itens da dimensão “Refeições”

Através da observação da Tabela 17 relativa à dimensão “Refeições”, verificou-se que o item “Estou satisfeito com a variedade das refeições” 1 pessoa respondeu “discordo” (2,4%), 14 responderam “não concordo nem discordo” (34,1%), 13 pessoas (31,7%) responderam “concordo” e outras 13 responderam “concordo completamente” (31,7%). Quanto ao item “Estou insatisfeito com a quantidade de comida que é servida”, 1 pessoa respondeu “concordo completamente” (2,4%) e 2 (4,9%) responderam “concordo”, 13 responderam “não concordo nem discordo” (31,7%), 11 pessoas responderam (26,8%) “discordo” e 14 (34,1%) responderam “discordo completamente”. No item “Estou satisfeito com a qualidade da comida”, 2 pessoas responderam “discordo completamente” (4,9%), 1 pessoa (2,4%) respondeu “discordo”, 9 pessoas (22%) “não

concordo nem discordo”, 17 pessoas (41,5%) responderam “concordo” e 12 (29,3%) responderam “concordo completamente”. Em último, o item “Estou satisfeito com a quantidade de profissionais para auxiliar os utentes durante as refeições”, teve 14 respostas “concordo completamente” (34,1%), 18 respostas (43,9%) “concordo” e 9 respostas (22%) “não concordo nem discordo”.

A partir dos resultados dos itens da dimensão “Refeições”, foi calculado o score total. A média obtida foi de 2,95, a mediana de 3 e o desvio padrão de 0,77. O valor máximo foi 4 e o valor mínimo 1,50 (Tabela 18).

Score da dimensão	n	Máximo	Mínimo	Média	Mediana	Desvio Padrão
	41	4	1,50	2,95	3	0,77

Tabela 18 – Tabela de estatística descritiva do score total da dimensão “Refeições”

Score total

Analisadas as dimensões individualmente foi calculado o score total de todos os 21 itens pertencentes às 5 dimensões acima referidas. Para o score total foi obtido um máximo de 4 e um mínimo de 2,65. A média obtida foi de 3,37, a mediana de 3,26 e um desvio padrão de 0,44 (Tabela 19).

Score total de todas as dimensões	n	Máximo	Mínimo	Média	Mediana	Desvio Padrão
	41	4	2,65	3,37	3,26	0,44

Tabela 19 – Tabela de estatística descritiva do score total de todas as dimensões analisadas

Análise da validade da escala

Exatidão

- **Validação de critério**

Para a validação de critério pretendia-se utilizar o teste não paramétrico - coeficiente de correlação de *Spearman*, através da correlação dos scores “teste” das várias dimensões com a pergunta extra “teste”. A pergunta extra adicionada ao questionário foi “No geral, está satisfeito com os cuidados prestados pela unidade de cuidados continuados em que o seu familiar está internado?” e a escala utilizada foi: 0 – Discordo; 1 – Nem concordo nem discordo; 2 – Concordo. Contudo, os resultados obtidos foram iguais em todos os inquiridos originando uma variável constante, não tendo sido possível analisar a correlação.

- **Validação do constructo**

Como $n=41 > 30$, aplicamos o teorema do limite central que diz que, em amostras grandes ($n > 30$) a distribuição tende naturalmente para a normalidade. Cumprindo-se a homogeneidade das variâncias e a independência das amostras pode-se concluir a aceitação ou rejeição das afirmações relativas às diferenças ou semelhanças das médias dos scores pelos diferentes grupos em estudo. Assim sendo, para averiguar a validade de construto realizou-se o teste paramétrico *t-student* em que se compara as médias dos scores das dimensões e do score total (variáveis dependentes) com a idade, sexo e escolaridade (variáveis independentes com dois grupos).

Sexo

	<i>Estatísticas</i>			<i>Teste de Levene</i>		<i>Teste-t para igualdade de médias</i>	
<i>Dimensão</i>	<i>Sexo</i>	<i>n</i>	<i>média</i>	<i>z</i>	<i>Sig</i>	<i>t</i>	<i>Sig. (2 extremidades)</i>
<i>Instalações e ambiente</i>	Feminino	34	3,34	0,048	0,827	-0,752	0,457
	Masculino	7	3,50				
<i>Profissionais de saúde</i>	Feminino	34	3,58	1,140	0,292	0,963	0,341
	Masculino	7	3,4				
<i>Cuidados</i>	Feminino	34	3,54	0,059	0,810	0,585	0,562
	Masculino	7	3,43				
<i>Informações</i>	Feminino	34	3,51	8,980	0,005	1,596	0,141
	Masculino	7	3,25				
<i>Refeições</i>	Feminino	34	2,98	0,601	0,443	0,600	0,552
	Masculino	7	2,79				
<i>Total</i>	Feminino	34	3,39	0,060	0,808	0,630	0,533
	Masculino	7	3,27				

Tabela 20 – Tabela de resultados do teste de Levene e do teste t para amostras independentes – sexo

Após análise do teste Levene com um nível de significância $p > 0,05$, em todas as dimensões e no total do questionário, assume-se a homogeneidade das variâncias. No teste t , apesar de existirem diferenças entre as médias do sexo feminino e masculino nas várias dimensões, verifica-se que estas nunca são estatisticamente significativas ($p > 0,05$). Assume-se a igualdade das médias.

Idade

	<i>Estatísticas</i>			<i>Teste de Levene</i>		<i>Teste-t para igualdade de médias</i>	
<i>Dimensão</i>	<i>Idade</i>	<i>n</i>	<i>média</i>	<i>z</i>	<i>Sig</i>	<i>t</i>	<i>Sig. (2 extremidades)</i>
<i>Instalações e ambiente</i>	< 65 anos	27	3,27	1,336	0,255	-1,719	0,94
	≥ 65 anos	14	3,55				
<i>Profissionais de saúde</i>	< 65 anos	27	3,51	0,893	0,351	-0,779	0,441
	≥ 65 anos	14	3,63				
<i>Cuidados</i>	< 65 anos	27	3,49	2,055	0,160	-0,550	0,585
	≥ 65 anos	14	3,57				
<i>Informações</i>	< 65 anos	27	3,42	0,466	0,499	-1,003	0,322
	≥ 65 anos	14	3,57				
<i>Refeições</i>	< 65 anos	27	3,04	0,197	0,660	1,070	0,291
	≥ 65 anos	14	2,77				
<i>Total</i>	< 65 anos	27	3,34	0,034	0,855	-0,499	0,621
	≥ 65 anos	14	3,42				

Tabela 21 - Tabela de resultados do teste de Levene e do teste t para amostras independentes - idade

Observando a Tabela 21 verifica-se, com um nível de significância $p > 0,05$ em todas as dimensões e no total do questionário no teste Levene, a igualdade das variâncias. No teste t , verificou-se que, apesar de existirem diferenças entre as médias dos inquiridos com idade ≥ 65 anos e dos inquiridos com idade < 65 anos nas várias dimensões e no total do questionário, estas nunca são estatisticamente significativas ($p > 0,05$), assumindo-se a igualdade das médias.

Escolaridade

<i>Dimensão</i>	<i>Escolaridade</i>	<i>Estatísticas</i>		<i>Teste de Levene</i>		<i>Teste-t para igualdade de médias</i>	
		<i>n</i>	<i>média</i>	<i>z</i>	<i>Sig</i>	<i>T</i>	<i>Sig (2 extremidades)</i>
Instalações e ambiente	≤ Ensino secundário	33	3,39	3,07	0,087	0,704	0,486
	> Ensino secundário	8	3,25				
Profissionais de saúde	≤ Ensino secundário	33	3,59	3,24	0,80	1,048	0,301
	> Ensino secundário	8	3,40				
Cuidados	≤ Ensino secundário	33	3,55	0,391	0,536	1,024	0,312
	> Ensino secundário	8	3,38				
Informações	≤ Ensino secundário	33	3,48	0,13	0,910	0,421	0,676
	> Ensino secundário	8	3,41				
Refeições	≤ Ensino secundário	33	2,96	2,24	0,143	0,285	0,777
	> Ensino secundário	8	2,88				
Total	≤ Ensino secundário	33	3,40	1,51	0,226	0,767	0,448
	> Ensino secundário	8	3,26				

Tabela 22 – Tabela de resultados do teste de Levene e do teste t para amostras independentes - escolaridade

Analisado o teste Levene (Tabela 22) com um nível de significância $p > 0,05$ em todas as dimensões e no total do questionário, cumpre-se a homogeneidade das

variâncias. Apesar de existirem diferenças entre as médias dos inquiridos com escolaridade ≤Ensino secundário e dos inquiridos com escolaridade >Ensino secundário nas várias dimensões, no teste *t* verifica-se que estas não são estatisticamente significativas ($p>0,05$), assume-se assim a igualdade das médias.

Precisão

Teste reteste

T-*student* para amostras emparelhadas

Como a amostra $n=31>30$, aplicou-se o teorema do limite central que nos diz que, em amostras grandes ($n>30$) a distribuição tende naturalmente para a normalidade (Marôco, 2014; Pestana e Gageiro, 2014). Assim sendo, para realizar a análise da consistência externa pelo teste reteste, realizou-se o teste paramétricos *t-student* para amostras emparelhadas com o objetivo de comparar as médias do score-teste e do score-reteste, obtendo-se os seguintes resultados (Tabela 23):

<i>Par</i>	<i>Estatísticas de amostras emparelhadas</i>		<i>Correlações de amostras emparelhadas</i>		<i>Teste de amostras emparelhadas</i>	
	<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>Corre-lação</i>	<i>Sig</i>	<i>Diferença de médias</i>	<i>Sig. (2 extremidades)</i>
1. Score Instalações e ambiente - Teste - Score Instalações e ambiente – Reteste	31	3,44	0,654	p<0,001	0,097	0,216
	31	3,35				
2. Score Profissionais de saúde - Teste - Score Profissionais de saúde - Reteste	31	3,59	0,783	p<0,001	0,084	0,125
	31	3,50				
3. Score Cuidados - Teste - Score Cuidados - Reteste	31	3,54	0,677	p<0,001	0,113	0,109
	31	3,43				
4. Score Informações - Teste - Score Informações - Reteste	31	3,52	0,706	p<0,001	0,137	0,042
	31	3,38				
5. Score Refeições - Teste - Score Refeições - Reteste	31	3,01	0,736	p<0,001	,056	0,556
	31	2,95				
6. Score Total das Dimensões - Teste - Score Total das Dimensões - Reteste	31	3,42	0,760	p<0,001	0,097	0,079
	31	3,32				

Tabela 23 - Resultados do teste t-student para amostras emparelhadas

Através da observação da tabela acima, conclui-se que, para a dimensão “Instalações e ambiente” – par 1 – score da dimensão-teste versus score da dimensão-reteste, as médias foram de 3,44 e 3,35, respetivamente. Na análise de correlação, verifica-se que a correlação entre os scores teste e reteste da dimensão é moderada, positiva e estatisticamente significativa ($R=0,654$; $p<0,001$). Por último, no teste t , observa-se que existe uma diferença entre as médias do teste e do reteste de 0,097, no entanto estas diferenças não são estatisticamente significativas ($p=0,218$).

Analisando o segundo par – score “Profissionais de saúde” -teste versus score “Profissionais de saúde” -reteste – verificou-se que o score-teste obteve uma média de 3,59 e o score-reteste uma média de 3,50. Através da análise da correlação, com um nível de significância $p < 0,001$, pode-se constatar a existência de uma correlação entre o teste e o reteste ($R = 0,783$) elevada, positiva e estatisticamente significativa. Pela análise do teste *t-student* verifica-se que existem diferenças nas médias (0,084), porém estas não são estatisticamente significativas ($p = 0,125$) (Tabela 23).

Relativamente a dimensão “Cuidados” foi realizado o teste *t* entre o score total da dimensão-teste e o score total da dimensão-reteste (par 3). Assim, verificou-se que a média do score-teste é de 3,54 e a média do reteste é de 3,43. Associado à análise das correlações obteve-se um nível de significância $p < 0,001$, e verificou-se uma correlação estatisticamente significativa, moderada e positiva entre o teste e o reteste ($R = 0,677$). No teste *t*, apesar de existirem diferenças nas médias (0,13) esta não é estatisticamente significativa ($p = 0,109$) (Tabela 23).

Observando a Tabela 23 verificamos que, referente à dimensão “Informações”, o par 4 – score total da dimensão-teste versus score total da dimensão-reteste apresentam uma média de 3,52 e 3,38, respetivamente. Analisando as correlações, verifica-se que existe correlação entre o teste e o reteste e que esta é elevada, positiva e estatisticamente significativa ($R = 0,706$; $p < 0,001$). Pelo teste *t*, com um nível de significância $p = 0,042$ verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias (0,137).

Para a dimensão “Refeições” (par 5), verifica-se que o score total da dimensão-teste apresenta uma média de 3,0 e o score tal da dimensão-reteste uma média de 2,95. Na análise de correlações, com um nível de significância $p < 0,001$, verifica-se a existência de uma correlação estatisticamente significativa entre o teste e o reteste, elevada e positiva ($R = 0,736$). Com um nível de significância de $p = 0,556$, apesar de existirem diferenças entre as médias dos scores (0,056), no teste *t*, estas não são estatisticamente significativas (Tabela 23).

Por fim, para o par 6 que consiste no score de todos os itens do teste com o score total de todos os itens do reteste obteve-se os seguintes resultados: o score total do teste obteve uma média de 3,42 e o score total do reteste obteve uma média de 3,32. Na análise de correlação verificou-se um nível de significância $p < 0,001$, mostrando uma correlação elevada, positiva e estatisticamente significativa ($R = 0,760$) para este par. Para o teste *t*, verificou-se a existência de uma diferença de 0,097 entre as médias dos scores, porém esta diferença não é estatisticamente significativa ($p = 0,079$) (Tabela 23).

Concluindo assim que, no geral, para todos os itens, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os scores teste e reteste.

Coeficiente de correlação intra-classe

Da realização do coeficiente de correlação intra-classe, e modo a analisar a correlação entre os scores teste e os scores reteste das dimensões e total, obteve-se os resultados abaixo apresentados (Tabela 24).

Dimensão	Classe	Correlação intra-classe	Sig
Instalações e ambiente	Score - Teste	0,649	p<0,001
	Score - Reteste		
Profissionais de saúde	Score - Teste	0,783	p<0,001
	Score - Reteste		
Cuidados	Score - Teste	0,672	p<0,001
	Score - Reteste		
Informações	Score - Teste	0,706	p<0,001
	Score - Reteste		
Refeições	Score - Teste	0,735	p<0,001
	Score - Reteste		
Total	Score - Teste	0,759	p<0,001
	Score - Reteste		

Tabela 24 – Tabela de resultados do coeficiente de correlação intra-classe

Através da análise dos resultados da Tabela 24 podemos verificar que na dimensão “Instalações e ambiente” que existe uma correlação moderada ($R=0,649$) entre o score-teste e o score-reteste, positiva e estatisticamente significativa ($p<0,001$).

Na dimensão “Profissionais de saúde”, o nível de significância associado é de $p<0,001$, verifica-se que existe correlação ($R=0,783$) entre o score do teste e o score do reteste e que a mesma é estatisticamente significativa, elevada e positiva.

Relativamente à dimensão “Cuidados” verifica-se que o score-teste e o score-reteste desta têm uma correlação estatisticamente significativa ($R=0,672$), para um nível de significância de $p<0,001$ e que esta correlação é moderada e positiva.

Com um nível de significância de $p < 0,001$, observa-se que existe uma correlação estatisticamente significativa, positiva e elevada ($R = 0,706$) entre o score-teste e o score-reteste da dimensão “Informações”.

No que respeita às “Refeições”, o um nível de significância $p < 0,001$, mostra que a correlação 0,735 é estatisticamente significativa e que existe uma elevada associação positiva entre o score-teste e o score-reteste.

Por último, verificou-se a correlação entre o score-teste e o score-reteste do total dos 21 itens que constituem o questionário e, com um nível de significância de $p < 0,001$, conclui-se a existência de uma elevada correlação ($R = 0,759$), positiva e estatisticamente significativa.

Uma vez que a correlação entre todos os scores-teste e os scores-reteste, foi moderada ou alta, positiva e estatisticamente significativa, podemos afirmar que maiores valores no teste estão positivamente ligados com maiores valores no reteste.

Alfa de Cronbach

No que respeita à dimensão “Instalações e ambiente” existe uma correlação fraca a moderada (0,172 a 0,579), indicando uma consistência interna baixa com um alfa de Cronbach de 0,632 (Tabela 25). O item que apresenta menor correlação com os restantes itens é o “Estou insatisfeito com o conforto e privacidade dos quartos”, e a sua eliminação aumentaria o valor de alfa para 0,743, aumentando a consistência interna para razoável. Por outro lado, a exclusão do item “Sinto-me satisfeito com a localização da unidade” levaria a uma redução do valor alfa para 0,434, diminuindo a consistência interna para inadmissível.

Na dimensão “Profissionais de saúde” existe uma correlação moderada a elevada (0,451 a 0,879) entre os itens que a constituem, o que indica uma consistência interna muito boa (alfa de Cronbach 0,915) (Tabela 25). O item “Estou insatisfeito porque já vi os profissionais de saúde a serem rudes para o meu familiar ou outros utentes” é o que apresenta uma menor correlação com os restantes itens, no entanto a consistência interna já é considerada muito boa, logo a sua exclusão não aumentaria a sua classificação.

Há uma correlação moderada a elevada (0,486 a 0,842) entre os itens que constituem a dimensão “Cuidados”. O alfa de Cronbach é de 0,880, o que indica uma consistência interna boa (Tabela 25). O item com uma menor correlação com os outros itens é o “Estou satisfeito porque o meu familiar está bem cuidado (tem a higiene feita,

cheira bem e tem boa aparência)” contudo, a sua eliminação não aumentaria o valor de alfa de Cronbach de forma relevante. Por outro lado, se o item “Estou satisfeito porque me sinto confiante em relação aos cuidados prestados ao meu familiar” fosse excluído o alfa passava de 0,880 para 0,787, diminuindo a consistência interna para razoável, o que significa que este item é importante para a consistência interna.

Os itens da dimensão “Informações” apresentam uma correlação moderada a elevada (0,635 a 0,809), o que indica uma consistência interna muito boa (alfa de Cronbach=0,911) (Tabela 25). O item que apresenta uma menor correlação é o item “Sinto-me satisfeito porque sou informado sobre alterações do estado de saúde do meu familiar”, contudo, uma vez que a consistência interna já é muito boa a sua eliminação não ia ser relevante para o aumento da consistência interna. Pelo contrário, a eliminação de algum dos outros três itens iria baixar a consistência interna de muito boa para boa.

Relativamente à dimensão “Refeições”, através da análise da Tabela 25 verifica-se que há uma correlação moderada a elevada (0,474 a 0,793), indicando haver uma consistência interna boa, alfa de Cronbach=0,840. O item que menos se correlaciona é “Estou insatisfeito com a quantidade de comida que é servida”, contudo a sua eliminação apenas alterava o alfa de 0,840 para 0,845, continuando a consistência interna a ser boa. Por outro lado, a eliminação dos itens “Estou satisfeito com a variedade das refeições” e “Estou satisfeito com a qualidade da comida” diminuiriam a consistência interna para razoável.

Analisada a consistência interna de cada dimensão, analisou-se a consistência interna de todos os 21 itens que constituem o questionário. Verificou-se que existe uma correlação média entre itens moderada (0,506), e uma consistência interna muito boa (alfa de Cronbach = 0,938) (Tabela 25). Uma vez que a consistência interna já é considerada muito boa, a eliminação de itens com uma menor correlação não faria aumentar de maneira relevante o alfa. Contudo, a eliminação do item “Estou insatisfeito com o conforto e privacidade dos quartos” seria o que mais incrementava o alfa passando de 0,938 para 0,945. Também pelo contrário, não existe nenhum item do qual a consistência interna dependa tanto, que eliminado a fizesse baixar a consistência para “boa”.

Dimensão	Nº de itens	Alfa de Cronbach
Instalações e ambiente	4	0,632
Profissionais de saúde	5	0,915
Cuidados	4	0,880
Informações	4	0,911
Refeições	4	0,840
Total dos itens	21	0,938

Tabela 25 – Tabela representativa dos resultados obtidos de alfa de Cronbach

Concluimos assim que, apesar da dimensão “Instalações e ambiente” ter uma consistência interna razoável e ter uma correlação fraca com as restantes, o instrumento de medida no seu todo, tem uma consistência interna muito boa (alfa de Cronbach=0,938) e uma correlação média moderada ($R=0,506$).

Correlação entre as diferentes dimensões em estudo

Não sendo parte do processo de validação, mas no sentido de melhorar a presente investigação realizou-se uma correlação de *Spearman* para verificar a correlação entre as diferentes dimensões, da qual se obteve os seguintes resultados (Tabela 26):

Correlação	Instalações e ambiente	Profissionais de saúde	Cuidados	Informações	Refeições	Total dos itens
Instalações e ambiente	R=1					
Profissionais de saúde	R=0,666 p<0,001	R=1				
Cuidados	R=0,708 p<0,001	R=0,906 p<0,001	R=1			
Informações	R=0,598 p<0,001	R=0,807 p<0,001	R=0,801 p<0,001	R=1		
Refeições	R=0,448 p=0,003	R=0,475 p=0,002	R=0,534 p<0,001	R=0,528 p<0,001	R=1	
Total dos itens	R=0,783 p<0,001	R=0,853 p<0,001	R=0,867 p<0,001	R=0,851 p<0,001	R=0,788 p<0,001	R=1

Tabela 26 - Resultados obtidos na correlação de Spearman (n=41)

Observando a Tabela 26 verificamos que todas as dimensões se correlacionam entre si e com o total de forma positiva e estatisticamente significativa ($p<0,005$). As duas dimensões com a correlação mais elevada entre si são os “Cuidados” com os “Profissionais de saúde” ($R=0,906$) e as duas com menor correlação são “Refeições” com as “Instalações e ambiente” ($R=0,448$).

De todas a que menos se relaciona com várias dimensões é a “Refeições” apresentando uma correlação de $R=0,448$ com a dimensão “Instalações e ambiente”, uma correlação $R=0,475$ com a dimensão “Profissionais de saúde”, com os “Cuidado” uma correlação $R=0,534$ e com a dimensão “Informações” uma correlação $R=0,528$.

A dimensão com maiores correlações com as outras é a “Cuidados”. Esta tem a correlação mais elevada com a dimensão “Profissionais de saúde” $R=0,906$. Com a dimensão “Instalações e ambiente” apresenta uma correlação $R=0,708$, com a dimensão “Informações” uma correlação de $R=0,801$ e uma correlação $R=0,534$ com a dimensão “Refeições”.

No que respeita à correlação das várias dimensões com o total, a que apresenta uma maior correlação é a dimensão “Cuidados” com $R=0,867$ e as duas que apresentam menor correlação é a dimensão “Instalações e ambiente” e a dimensão “Refeições”.

Capítulo 5

Discussão de resultados

Esta investigação teve como finalidade o desenvolvimento de um instrumento de pesquisa com base na literatura que pudesse ser posteriormente aplicado como instrumento de avaliação da satisfação pelas unidades que assim o desejem. Pretendia-se principalmente, analisar a validade e a precisão do instrumento de pesquisa elaborado. Para tal foram realizados diversos testes estatísticos e apresentados os respetivos resultados.

Conforme demonstrado nos resultados do presente estudo, no que respeita às características da amostra estudada concluiu-se que, dos 41 inquiridos a maioria são do sexo feminino (82,9%), o que é consistente com estudos de outros autores que obtiveram resultados 61% e 65% (Ejaz et al., 2003; Shippee et al., 2015). A idade média obtida foi de 59,34 anos contudo, dos estudos analisados apenas um referia a idade média (61 anos) o que não corresponde à obtida neste estudo (Ejaz et al., 2003). O grau de parentesco com o utente internado mais frequente, à semelhança do que acontece noutros estudos em que a maioria são filhos do utente, também no presente estudo o parentesco de filho/filha foi o mais frequente (65,9%) dos inquiridos (Ejaz et al., 2003; Frentzel et al., 2012; Shippee et al., 2015). Quanto ao nível de escolaridade, verificou-se que a maioria dos inquiridos tinham uma escolaridade equivalente ao ensino básico.

No que respeita à validade de critério não foi possível fazer a validação do instrumento de pesquisa desenvolvido. Este facto, como vimos na apresentação dos resultados, deveu-se ao facto das respostas obtidas por parte dos inquiridos terem sido todas iguais resultando numa variável constante e consequentemente na impossibilidade de a correlacionar. Uma razão possível para este acontecimento pode ter sido a escala utilizada como resposta a esta pergunta, que como vimos foi uma escala de 0 (Discordo) a 3 (Concordo).

Relativamente à validade de construto esta também não foi concluída devido à falta de tempo para a realização do tratamento estatístico.

Como vimos na apresentação dos resultados, para analisar a estabilidade através do teste-reteste foi realizado o teste *t-student* para amostras emparelhadas e uma análise de correlação intra-classe. Analisemos estes resultados por dimensão.

Na dimensão “Instalações e ambiente” através da análise dos resultados obtidos tanto na correlação intra-classe como na análise da correlação dada pelo teste *t-student*, verifica-se que existe correlação ($R=0,649$ e $R=0,654$, respetivamente), que os autores (Pestana e Gageiro, 2014) classificam como moderada uma vez que se encontra entre os valores 0,4 e 0,7, entre o score-teste e o score-reteste. No teste *t*, verifica-se que existe diferença entre as médias do teste e do reteste (0,097), no entanto esta não é estatisticamente significativas.

De seguida, para a dimensão “Profissionais de saúde” verificou-se existir uma correlação elevada entre o score teste e o reteste, tanto na correlação intra-classe como na análise da correlação dada pelo teste *t-student*, de $R=0,783$ uma vez que o valor destas correlações se encontra entre 0,7 e 0,9 (Pestana e Gageiro, 2014). Quanto à análise do teste *t*, observa-se uma diferenças nas médias de 0,084, porém estas não são estatisticamente significativas.

Com uma correlação estatisticamente significativa de $R=0,672$ na correlação intra-classe e de $R=0,677$ na análise da correlação dada pelo teste *t-student*, valores compreendidos entre 0,4 e 0,7, verificou-se estarmos perante uma correlação moderada entre os scores teste e reteste da dimensão “Cuidados” (Pestana e Gageiro, 2014). Relativamente ao teste *t*, apesar de existir um diferenças nas médias de 0,13, esta não é estatisticamente significativa.

Quanto à dimensão “Informações” observa-se na apresentação de resultados, a existência de uma correlação elevada ($R=0,706$) tanto na correlação intra-classe como na análise da correlação dada pelo teste *t-student* entre o score-teste e o score-reteste, uma vez que este valor se situa, segundo Pestana e Gageiro (2014), entre os seguintes valores de referência 0,7 e 0,9. No teste *t*, obteve-se uma diferença estatisticamente significativa entre as diferenças das médias de 0,137, contudo esta diferença não é muito grande.

Respetivamente à dimensão “Refeições”, os resultados mostram existir uma correlação elevada tanto na correlação intra-classe ($R=0,735$) como na análise da correlação dada pelo teste *t-student* ($R=0,736$), entre o score-teste e o score-reteste, pois este valor está compreendido entre 0,7 e 0,9 valores que, para os autores Pestana e Gageiro (2014), representam uma correlação elevada. No que respeita ao teste *t*, não existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos scores (0,056).

Por fim, para o total dos 21 itens do questionário a correlação entre o score-teste e o score-reteste foi de $R=0,759$ na correlação intra-classe e $R=0,760$ na análise da correlação dada pelo teste *t-student*, valores que também se encontram compreendidos

entre os valores de referência 0,7 e 0,9, classificando-se esta correlação como uma correlação elevada (Pestana e Gageiro, 2014). Referente ao teste t , observa-se uma diferença de 0,097 entre as médias dos scores, porém esta diferença não é estatisticamente significativa.

Não existindo diferenças estatisticamente significativas nas médias e existindo uma correlação elevada e positiva entre os scores teste e reteste do total do instrumento desenvolvido, segundo Sampieri, Collado e Lucio (2006) e Fortin (2009) considera-se um instrumento confiável. Confirma-se assim, o pressuposto inicial do estudo que é a existência de estabilidade temporal entre a aplicação do teste e do reteste com uma semana de intervalo.

Relativamente à avaliação da consistência interna do instrumento de pesquisa desenvolvido, realizou-se uma análise do coeficiente alfa de Cronbach, para cada dimensão e uma análise do alfa para o total de todos os itens.

Os resultados obtidos no teste na dimensão “Instalações e ambiente”, alfa de Cronbach = 0,632, segundo Pestana e Gageiro (2014) indicam uma consistência interna fraca por este valor estar compreendido entre 0,60 e 0,70. Como vimos pela apresentação dos resultados, o item cuja sua correlação com os restantes itens é menor é o item “Estou insatisfeito com o conforto e privacidade dos quartos”. Com a eliminação deste aumentaria o valor de alfa para 0,743, aumentando a consistência interna para razoável (Pestana e Gageiro, 2014). De modo a melhorar a consistência interna desta dimensão a exclusão deste item seria uma boa opção. Contudo, por outro, a eliminação do item “Sinto-me satisfeito com a localização da unidade” levaria a uma redução do valor alfa para 0,434, valor que segundo os mesmos autores, corresponde a uma consistência interna inaceitável. Para isso seria relevante alterar a formulação negativa do item com o objetivo de avaliar novamente a consistência, pois este item pode apresentar uma menor correlação devido ao facto de estar escrito na negativa.

Na dimensão “Profissionais de saúde” obteve-se uma consistência interna alfa de Cronbach = 0,915 que, segundo Pestana e Gageiro (2014) é muito boa, pois é superior a 0,9. Nesta dimensão, o item “Estou insatisfeito porque já vi os profissionais de saúde a serem rudes para o meu familiar ou outros utentes” foi o que apresentou uma menor correlação com os restantes itens, no entanto a sua eliminação manteria a consistência interna muito boa (Pestana e Gageiro, 2014). Contudo, à semelhança da dimensão anterior, ser o item que apresenta uma menor correlação pode dever ser ao facto de estar redigido na negativa.

No que respeita aos itens que constituem a dimensão “Cuidados” o alfa de Cronbach é 0,880 valor que está compreendido entre 0,8 e 0,9 que, segundo Pestana e Gageiro (2014), equivale a uma boa consistência interna. Ao contrário do que vimos nas outras dimensões, nesta a exclusão do item “Estou satisfeito porque me sinto confiante em relação aos cuidados prestados ao meu familiar” o valor de alfa de Cronbach passava de 0,880 para 0,787. Isto levaria a uma diminuição da consistência interna para razoável, o que significa que, este item é importante para a consistência interna (Pestana e Gageiro, 2014).

Quanto à dimensão “Informações” esta apresenta um alfa de Cronbach de 0,911 que, para Pestana e Gageiro (2014) indica uma consistência interna muito boa uma vez que é superior a 0,90. Quanto ao item que apresenta menor correlação é o item “Sinto-me satisfeito porque sou informado sobre alterações do estado de saúde do meu familiar” e a sua exclusão aumentaria o alfa para 0,914. Por outro lado, a eliminação de algum dos outros três itens que constituem a dimensão baixaria a consistência interna de muito boa para boa (Pestana e Gageiro, 2014).

Relativamente à dimensão “Refeições”, segundo Pestana e Gageiro (2014) esta tem uma consistência interna boa, uma vez que o seu valor alfa de Cronbach = 0,840 está compreendido entre 0,80 e 0,90. O item com menor correlação é o item “Estou insatisfeito com a quantidade de comida que é servida” e a sua exclusão alterava o alfa de 0,840 para 0,845, continuando a consistência interna a ser boa (Pestana e Gageiro, 2014). Por outro lado, a eliminação dos itens “Estou satisfeito com a variedade das refeições” e “Estou satisfeito com a qualidade da comida” diminuiriam a consistência interna para razoável (Pestana e Gageiro, 2014).

Por sua vez, na análise da consistência interna de todos os itens que constituem o questionário (21 itens), obteve-se um valor alfa de Cronbach 0,938. Este valor, segundo Pestana e Gageiro (2014) por ser superior a 0,90, confere uma consistência interna muito boa. No que respeita à totalidade do instrumento de pesquisa, o item que, excluído faria aumentar o alfa é o item “Estou insatisfeito com o conforto e privacidade dos quartos”, passado o alfa de 0,938 para 0,945. Por outro lado, a consistência interna não está dependente de nenhum item de tal maneira que excluído fizesse baixar a consistência interna para “boa”.

Apesar de obtido um resultado de consistência interna de muito bom para a totalidade dos 21 itens que constituem o instrumento desenvolvido, Fortin (2009) aconselha a que o alfa de Cronbach seja determinado sempre que a escala for aplicada.

Através de uma análise de correlação de Spearman entre as diferentes dimensões em estudo, por observação dos resultados apresentados, verificou-se que a dimensão “Cuidados” que é que apresenta correlações mais elevadas com todas as outras dimensões. Com a dimensão “Profissionais de saúde” tem a maior correlação encontrada de $R=0,906$, que segundo Pestana e Gageiro (2014), consiste numa correlação muito elevada, por ser maior que 0,9. Com a dimensão “Instalações e ambiente”, (Pestana e Gageiro, 2014) classificam como sendo uma correlação elevada ($R=0,708$) pois este valor encontra-se entre 0,7 e 0,9. Também com a dimensão “Informações” apresenta uma correlação elevada $R=0,801$, pois o valor encontra-se dentro do mesmo intervalo de referência.

Por outro lado, a dimensão que menos se relaciona com várias dimensões é a “Refeições”. Esta apresenta uma correlação de $R=0,448$ com a dimensão “Instalações e ambiente” considerada por Pestana e Gageiro (2014) como uma correlação moderada por o valor estar compreendido entre 0,4 e 0,7. Com a dimensão “Profissionais de saúde”, existe uma correlação $R=0,475$, também moderada por estar compreendida entre os mesmos valores de referência (Pestana e Gageiro, 2014). No mesmo sentido, também a correlação com a dimensão “Cuidados”, e com a dimensão “Informações”, $R=0,534$ e $R=0,528$ respetivamente, são consideradas moderadas pelos mesmo autores.

No que diz respeito à correlação das várias dimensões com o total, a que apresenta uma maior correlação é a dimensão “Cuidados” ($R=0,867$), valor que está compreendido entre 0,7 e 0,9 correspondendo a uma correlação elevada (Pestana e Gageiro, 2014). Relativamente à dimensão “Instalações e ambiente” é a que apresenta a menor correlação ($R=0,783$) com o total, contudo esta correlação está dentro do intervalo de valores anterior sendo também considerada uma correlação elevada.

Verificou-se ainda, que todas as dimensões se correlacionam entre si de uma forma positiva (pois os valores estão entre 0 e 1) e estatisticamente significativa (Pestana e Gageiro, 2014). Segundo estes autores, quando o sinal é positivo as médias variam no mesmo sentido fazendo com que valores mais elevados numa variável correspondem a valores mais elevados da outra variável. Assim, podemos concluir que, valores mais elevados numa dimensão estão associados a valores mais elevados de outra dimensão. Assim como, valores elevados numa dimensão estão associados a valores elevados no total das dimensões.

Capítulo 6

Conclusão

Com a perspetiva de um sistema de saúde centrado no cidadão, é cada vez mais importante o envolvimento do próprio e dos seus familiares através da sua integração no sistema de saúde. Uma das maneiras de chegar até aos utentes é avaliando a satisfação destes através da sua opinião, experiência e expectativas. A avaliação da satisfação dos utilizadores com vista à melhoria contínua que vai criar cada vez mais expectativas e maiores exigências em quem está a avaliar.

Caracterizando-se os utentes dos cuidados continuados integrados como uma população com idades superiores a 65 anos, com incapacidade e dependência elevadas, é importante o acompanhamento e envolvimento dos familiares nas unidades. Tal como visto, alguns autores referem o acompanhamento e o envolvimento do familiar com o processo e evolução do internamento dos utentes. Logo, torna-se essencial avaliar a satisfação dos familiares dos utentes.

Com o aumento da esperança média de vida e consequente aumento das doenças crónicas, é importante que os cuidados prestados sejam de qualidade. Assim, a avaliação da satisfação e a melhoria da qualidade é importante para o utente e para o familiar com vista à inovação dos cuidados; para os gestores das unidades de modo a melhorar pontos essenciais para na instituição, diminuindo o desperdício; como para os reguladores e decisores da saúde com o objetivo de verificar eventuais ajustes ou melhoramentos nas unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) com o objetivo de evitar custos desnecessários.

Para proceder a esta avaliação, é importante desenvolver questionários adaptados às necessidades específicas, avaliar a sua precisão e exatidão com o objetivo final de proceder à sua aplicação.

No que respeita ao desenvolvimento do questionário no presente estudo, este foi desenvolvido com base na literatura estudada, em questionários desenvolvidos por outros investigadores e com o contributo da equipa coordenadora dos cuidados continuados da ARS LVT.

Uma vez construído foi avaliado quanto à sua exatidão através da validade de conteúdo e da validade de critério. Quanto à validade de conteúdo esta foi realizada por peritos que deram o seu parecer positivo sobre os itens que constituíam o questionário. Quanto à validação do critério não foi possível ser verificada e à validade de construto não houve tempo para concluir. Relativamente à precisão, obteve-se uma consistência interna muito boa e boas correlações entre o teste e o reteste. Resultados que confirmam que é um questionário confiável e preciso. No entanto, apesar do instrumento

de pesquisa estar validado quanto ao conteúdo e ter obtido bons resultados quanto à precisão, é importante realizar os ajustes necessários e proceder novamente à análise da validade quanto ao critério e realizar a análise de constructo. Um ajuste possível será adicionando mais variáveis.

No que respeita às limitações para a realização e desenvolvimento do presente estudo, foram sentidas algumas dificuldades. Inicialmente houve complicações no que consiste à obtenção de respostas por parte das unidades de Cuidados Continuados contactadas que, de todas, apenas quatro responderam ao pedido. Após a obtenção de um parecer positivo das instituições, foi necessário agendar reuniões para coordenar como e quando iam ser aplicados os inquéritos. Estes processos refletiram-se longos o que levou a atrasos na aplicação do questionário, consequentemente à redução da amostra e uma redução do tempo útil para a análise estatística. Um maior período de tempo para a realização de uma pesquisa desta dimensão teria levado à colaboração de mais unidades, resultando numa amostra com maior tamanho e na possibilidade de realizar uma análise estatística mais aprofundada.

Já em campo, aquando da realização dos questionários, foram encontradas algumas limitações tais como: a baixa escolaridade e problemas oftalmológicos dos inquiridos o que, como já foi referido, levou a que o questionário fosse realizado também por entrevista e não apenas por autoadministração como inicialmente previsto. Houve também alguns familiares que se recusaram a responder.

Numa segunda fase, para a realização do teste reteste houve limitações devido a fatores como: o utente ter tido alta e algumas altas antecipadas; recusa em responder a segunda vez ao inquérito; dificuldade em encontrar as mesmas pessoas para aplicar a segunda vez o questionário; transferência de utentes para outras unidades; agravamento do estado de saúde do utente internado com necessidade deste ir para um hospital de agudos. Estes acontecimentos não permitiram a aplicação do reteste, logo o teste foi excluído para esta análise.

Alguns inquiridos queixaram-se do tamanho do questionário, achando-o extenso, o que leva a uma possível justificação para que os familiares se tenham recusado a responder. Também a situação delicada em que o familiar internado se encontra e o eventual agravamento do estado de saúde, pode ser uma causa das limitações sentidas aquando a aplicação do questionário.

Outra limitação sentida consistiu no facto de um considerável número de utentes internados estarem a ser alimentados através de sonda nasogástrica. Esta limitação

levou a que os familiares não tivessem uma opinião formada principalmente sobre a variedade, a quantidade e a qualidade das refeições que são servidas pela unidade.

Três dos quatro itens constituem a dimensão “Refeições”. No que respeita a esta dimensão podem ter sido obtidas respostas que podem ocultar os verdadeiros resultados pois os familiares optaram por responder “não concordo nem discordo”, uma vez que não existe nenhuma resposta como, “não se aplica”. Alguns destes familiares também deram respostas como “Concordo” por acreditarem que os utentes estão a receber todos os nutrientes e vitaminas resultando num alimento de qualidade variada e na quantidade ideal, e não pela refeição que é servida na unidade. De modo a contornar esta situação seria importante no futuro acrescentar uma nova opção de resposta por exemplo “Não se aplica” e realizar novamente os testes relativos à precisão e exatidão; ou então modificar ou remover esta dimensão do questionário, evitando itens como “Estou satisfeito com a variedade das refeições”, “Estou insatisfeito com a quantidade de comida que é servida” e “Estou satisfeito com a qualidade da comida”, à semelhança do estudo desenvolvido por Frentzel *et al.* (2012) que, através de um focus grupo excluiu itens relacionados com a comida servida (como por exemplo: nível de nutrição, qualidade e o mesmo sabor).

Por último, o facto de eventuais fatores externos poderem influenciar a realização dos inquéritos. Por exemplo, durante a sua aplicação foi sentido um certo receio por parte dos inquiridos em expressar a sua opinião, o que dá a entender que os inquiridos podem ter medo de represálias futuras. Posto isto e de modo a contornar esta situação, será importante desenvolver outro questionário para os familiares dos utentes que estiveram internados em unidades de cuidados continuados, isto é, após o utente ter alta. Também pode ser considerada a aplicação do questionário fora da unidade de internamento, por pessoas externas à unidade ou sem influência desta.

No futuro seria interessante melhorar a caracterização da amostra com uma questão relacionada com a frequência com que o familiar visita o utente internado, à semelhança dos questionários realizados por Ejaz *et al.* (2003), Frentzel *et al.*, (2012); Shippee *et al.* (2015). Esta questão ajuda a compreender melhor qual o nível de envolvimento e acompanhamento do familiar com a unidade e com o internamento do utente. Assim, poder-se-ia verificar se os familiares que mais vezes visitam os utentes têm ou não um maior grau de satisfação.

Referências Bibliográficas

Referências bibliográficas

AGUIAR, P; *et al.* - Quais os aspetos essenciais na validação de um questionário? **Gauss - Eurotrials Scientific Consultants**. 19:A (2012).

ALMEIDA, L.; FREIRE, T. - **Metodologias da Investigação em psicologia e educação**. 4ª ed. Braga : Psiquilíbrios Edições, 2007

CABRAL, M. V. *et al.* - **Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida**. Lisboa : Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2013. ISBN 9789898662002.

CRISP, Lord Nigel *et al.* - **Um futuro para a saúde : todos temos um papel a desempenhar**. Lisboa : Fundação Calouste Gulbenkian, 2014. ISBN 9789898380180.

DECRETO-LEI N.º 101/2006 - **DR 1.ª Série A. 109 (2006-06-06) 3856-3865**

DECRETO-LEI N.º 136/2015 - **DR 1.ª Série. 145 (2015-07-28) 5081-5091.**

DONABEDIAN, Avedis - **The definition of quality and approaches to its assessment**. Ann Arbor, MI : Health Administration Press, 1980

EJAZ, F. K. *et al.* - Developing a satisfaction survey for families of Ohio's nursing home residents. **Gerontologist**. 43:4 (2003) 447–458.

ERS - **Avaliação do acesso dos utentes aos cuidados continuados de saúde**. Porto : Entidade Reguladora da Saúde, 2013

FORTIN, M. - **O processo de investigação - da concepção à realização**. 5ª ed. Loures : Lusociência, 2009

FRENTZEL, E. M. *et al.* - Giving voice to the vulnerable - the development of a CAHPS nursing home survey measuring family members' experiences. **Medical Care**. 50:11 (2012) 20–7.

GRIGOROUDIS, E.; SISKOS, Y. - **Customer satisfaction evaluation: methods for measuring and implementing service quality**. New York, NY : Springer, 2010

HILL, M. M.; HILL, A. - **Investigação por questionário**. Lisboa : Edições Sílabo, 2000

HOLLANDA, Eliane *et al.* - Satisfação e responsividade em serviços de atenção à saúde da Fundação Oswaldo Cruz. **Ciência & Saúde Coletiva**. 17:12 (2012) 3343–3352.

HQCA - **Highlights of the 2010 - 2011 long term care family experience survey**. Alberta : Health Quality Council of Alberta, 2011

HQCA - **Long term care family experience**. Alberta : Health Quality Council of Alberta, 2015

INE - **Estatísticas demográficas 2015**. Lisboa : Instituto Nacional de Estatística, 2016. ISBN 9789892503677.

LEI N.º 48/90 - Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto. DR 1ª serie. 195 (24-8-1990) 3452-3459. [s.d.].

LOUE, Sana; SAJATOVIC, Martha (EDS.) - **Encyclopedia of aging and public health**. New York, NY : Springer, 2008

LOWE, Timothy J. *et al.* - Consumer satisfaction in long-term care: state initiatives in nursing homes and assisted living facilities. **The Gerontologist**. 43:6 (2003) 883–896.

MALHOTRA, Naresh K. - **Introdução à pesquisa de marketing**. São Paulo : Pearson/Prentice Hall, 2005

MARÔCO, João - **Análise estatística com SPSS Statistics**. 6ª ed. Pêro Pinheiro : ReportNumber, 2014

MARÔCO, João; GARCIA-MARQUES, Teresa - Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? **Laboratório de Psicologia**. 4:1 (2006) 65–90.

MARTINS, Gilberto De Andrade - Sobre confiabilidade e validade. **RBGN**. 8:20 (2006) 1–12.

MOREIRA, J. M. - **Questionários: teoria e prática**. Coimbra : Almedina, 2004

MORGAN, Leslie; KUNKEL, Suzanne - **Aging, society, and the life course**. 5ª ed. New York, NY : Springer, 2016. ISBN 9780826121721.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE - **Da depressão da crise para a governação prospectiva da saúde: relatório de Primavera 2011**. Coimbra : Mar da Palavra, 2011

PESTANA, Maria Helena; GAGEIRO, João Nunes - **Análise de dados para ciências sociais - a complementaridade do SPSS**. 5ª ed. Lisboa : Edições Sílabo, 2008

PESTANA, Maria Helena; GAGEIRO, João Nunes - **Análise de dados para ciências sociais - a complementaridade do SPSS**. 6ª ed. Lisboa : Edições Sílabo, 2014

PORTUGAL. MINISTERIO DA SAÚDE. ACSS - **Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI): 1º semestre de 2015**. Lisboa : Administração Central do Sistema de Saúde, IP, 2015

PORTUGAL. MINISTERIO DA SAÚDE. ACSS - **Plano de desenvolvimento da RNCCI: 2016:2019**. Lisboa : Administração Central do Sistema de Saúde, IP, 2016

PRICE, R.A; *et al.* - Examining the role of patient experience surveys in measuring health care quality. **Medical Care Research and Review**. 71:5 (2014).

SAMPIERI, Roberto H.; COLLADO, Carlos F.; LUCIO, Pilar B. - **Metodologia de pesquisa**. 3ª ed. São Paulo : Mc Graw-Hill Interamericana do Brasil Ltda., 2006

SANTANA, I. *et al.* - Epidemiologia da demência e da doença de Alzheimer em Portugal: estimativas da prevalência e dos encargos financeiros com a medicação. **Acta Médica Portuguesa**. 28:2 (2015) 182–189.

SHIPPEE, T. P. *et al.* - Family satisfaction with nursing home care: the role of facility characteristics and resident quality-of-life scores. **Research on Aging**. 39:3 (2015) 418–442.

SILVA, MG (ED.) - **Gestão da qualidade em cuidados de saúde**. Lisboa : Monitor, 2013

SITZIA, John - How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. **International Journal for Quality in Health Care**. 11:4 (1999) 319–328.

SITZIA, John; WOOD, Neil - Patient satisfaction: a review of issues and concepts. **Social Science & Medicine**. 45:12 (1997) 1829–1843.

STEIBER, S. R.; KROWINSKI, W. J. - **Measuring and managing patient**

satisfaction. Chicago, IL : American Hospital Association, 1990

UMCCI - **Manual do prestador: recomendações para a melhoria contínua.** Lisboa : Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011

VAITSMAN, Jeni; ANDRADE, Gabriela - Satisfação e responsividade - formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva.** 10:3 (2005) 599–613.

ZUIDGEEST, M. *et al.* - Patients' experiences of the quality of long-term care among the elderly - comparing scores over time. **BMC Health Services Research.** 12:1 (2012) 26.

Anexos

Anexo I – Questionário



Universidade Nova de Lisboa

Escola Nacional de Saúde Pública

– Questionário –

Avaliação da satisfação dos familiares dos utentes internados em unidades de cuidados continuados de média duração e reabilitação

O presente questionário tem como objetivo avaliar o grau de satisfação dos familiares dos utentes internados em unidades de cuidados continuados de média duração e reabilitação. Os dados recolhidos são relativos à instituição, aos cuidados prestados e à equipa de profissionais.

Este questionário está integrado no projeto de investigação “A satisfação dos familiares dos utentes internados em unidades de cuidados continuados de média duração e reabilitação” para a obtenção do grau de mestre em gestão da saúde. O projeto será realizado pela discente Natacha Silva, com a orientação do Professor Leal da Costa e do Professor Paulo Boto.

A informação recolhida é confidencial e será tratada de forma anónima e utilizada, única e exclusivamente, para fins de investigação científica no âmbito deste projeto, cuja finalidade é a validação do questionário.

Este questionário é composto por um total de 21 questões específicas sobre a unidade e serviços prestados, uma sobre a satisfação geral e quatro sobre o inquirido. Assinale com um “x” a opção que corresponde à sua opinião, na escala de (1) a (5) sendo que (1) corresponde a “Discordo Completamente” e (5) “Concordo Completamente”. Por favor, responda a todas as questões.

Ao responder às questões colocadas, o inquirido está a dar o seu consentimento. A resposta a este questionário é voluntária.

Satisfação com a unidade de cuidados continuados e com os serviços prestados. Marque com um “x” a opção que corresponde à sua opinião.

	(1) Discordo completamente	(2) Discordo	(3) Nem concordo Nem discordo	(4) Concordo	(5) Concordo completamente
Instalações e ambiente					
1. Sinto-me satisfeito com a localização da unidade					
2. Estou satisfeito com a higiene e limpeza da unidade					
3. Estou insatisfeito com o conforto e privacidade dos quartos					
4. Sinto-me satisfeito com o espaço disponibilizado para as visitas (com privacidade, se necessário)					
Profissionais de saúde					
5. Sinto-me satisfeito porque os profissionais de saúde são simpáticos, gentis e pacientes					
6. Sinto-me satisfeito porque os profissionais de saúde estão disponíveis e são acessíveis					
7. Estou satisfeito porque os profissionais de saúde são corretos a fazerem o seu trabalho					
8. Estou insatisfeito porque já vi os profissionais de saúde a serem rudes para o meu familiar ou outros utentes					
9. Estou satisfeito na medida em que os profissionais de saúde respeitam a privacidade do meu familiar					
Cuidados					
10. Estou satisfeito porque o meu familiar recebe sempre os cuidados de saúde que precisa					
11. Estou satisfeito porque o meu familiar está bem cuidado (tem a higiene feita, cheira bem e tem boa aparência)					
12. Estou satisfeito porque me sinto confiante em relação aos cuidados prestados ao meu familiar					
13. Estou satisfeito porque estão a ser prestados os cuidados necessários e inicialmente planeados					

Informações	(1) Discordo completamente	(2) Discordo	(3) Nem concordo Nem discordo	(4) Concordo	(5) Concordo completamente
14. Estou satisfeito na medida em que sou envolvido nas decisões relativas ao meu familiar					
15. Sinto-me satisfeito porque sou informado sobre alterações do estado de saúde do meu familiar					
16. Estou insatisfeito porque não sou esclarecido/informado quando preciso					
17. Sinto-me satisfeito porque quando sou esclarecido, é de uma forma simples e fácil de compreender.					
Refeições					
18. Estou satisfeito com a variedade das refeições					
19. Estou insatisfeito com a quantidade de comida que é servida					
20. Estou satisfeito com a qualidade da comida					
21. Estou satisfeito com a quantidade de profissionais para auxiliar os utentes durante as refeições					

No geral, está satisfeito com os cuidados prestados pela unidade de cuidados continuados em que o seu familiar está internado?

Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo

Sobre si:

Idade: ____ **Sexo:** Feminino __ Masculino __

Escolaridade: ☐ <1º ciclo; ☐ 1º ciclo; ☐ 2º ciclo; ☐ 3º ciclo; ☐ Ensino Secundário; ☐ Ensino Superior;

Grau de parentesco com o utente internado: ☐ Cônjuge; ☐ Filho/filha; ☐ Irmão/Irmã; ☐ Nora/Genro; ☐ Neto/neta; ☐ Tio/tia; ☐ Sobrinho/sobrinha; ☐ Outro: _____

Anexo II – Teste não paramétrico

Teste não paramétrico – Coeficiente de correlação de *Spearman*

O coeficiente de correlação de *Spearman* ($Ró$) é utilizado para medir a intensidade da relação entre variáveis ambas ordinais ou quantitativas (Pestana e Gageiro, 2014). Os seus valores variam entre: -1 e 1 sendo que, quanto mais próximo das extremidades, maior a associação entre as variáveis. O sinal negativo indica que a variação ocorre em sentidos opostos, enquanto sinal positivo significa que variam no mesmo sentido (Pestana e Gageiro, 2014). Isto é, se o sinal é negativo os valores mais elevados numa variável associam-se a valores menos elevados da outra, e vice-versa (Pestana e Gageiro, 2014). Então temos:

Se $Ró = 0$, não existe associação entre as variáveis.

Se $0 \leq Ró \leq +1$, associação positiva e as variáveis variam no mesmo sentido.

Se $-1 \leq Ró \leq 0$, existe uma associação negativa e o aumento de uma das variáveis corresponde a diminuição da outra, isto é, variam para sentidos diferentes.

Assim, o sinal (- ou +) indica a direção da relação, enquanto o valor (0-1) indica a intensidade da relação.

Anexo III –Teste paramétrico (amostras independentes)

Teste paramétrico – *t-student* para amostras independentes

O teste *t-student* para amostras independentes consiste em verificar se existem diferenças entre as médias de duas populações e se são ou não estatisticamente significativas (Marôco, 2014). De modo a se poder aplicar este teste é necessário que as variáveis dependentes tenham uma distribuição normal e homogeneidade das variâncias quando $n \leq 30$ (Marôco, 2014; Pestana e Gageiro, 2014). Segundo o teorema do limite central, quando $n > 30$ a distribuição tende para a normalidade não sendo necessário recorrer aos testes de normalidade (Marôco, 2014; Pestana e Gageiro, 2014).

Anexo IV –Teste paramétrico (amostras emparelhadas)

Teste paramétrico – t-student para amostras emparelhadas

O teste *t-student* para amostra emparelhadas é um teste paramétrico através do qual se avalia a correlação entre as respostas teste e retestes no mesmo grupo de indivíduos (Pestana e Gageiro, 2014). Para avaliar os resultados obtidos neste teste, compara-se a média das diferenças entre os pares das observações de duas variáveis com o valor zero, de modo a verificar se há ou não modificações significativas da diferença dos pares (Pestana e Gageiro, 2008).